

UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Alteraciones menstruales en diversas endocrinopatías

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ana María Trovo Esteban

Madrid, 2015

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL EN LAS ENDOCRINOPATIAS

- CAPITULO I .- PROLOGO Y JUSTIFICACION DEL TEMA. . . .
- CAPITULO II .- HISTORIA Y ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.
- CAPITULO III.- FISIOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.
- CAPITULO IV .- FISIOPATOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.
- CAPITULO V .- CASUISTICA.- ALTERACIONES ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO DE 356 CASOS.
- CAPITULO VI .- PROTOCOLOS Y RESUMENES DE LAS HISTORIAS.
- CAPITULO VII.- CONCLUSIONES.
- CAPITULO VIII- BIBLIOGRAFIA.

A LA MEMORIA DE MI PADRE.

A MI MADRE, TIO Y HERMANA.

A MI MAESTRO EL PROFESOR MARAÑON

A LOS DOCTORES, SOPEÑA, POZUELO Y

BAUTISTA GALLO.

P R O L O G O

Todo trabajo tiene su prólogo y sus motivos.

Hoy, en este momento trascendental de mi vida, en que llego a la cumbre de mis más caras ambiciones, quiero dejar constancia de cuáles fueron las mías.

Mis ilusiones de especialista en Ginecología nacieron en las aulas y en los servicios de la Cátedra del Profesor Botella Llusá. Desde entonces, fué creciendo mi amor a la especialidad menos especial de todas las especialidades, porque exige un conocimiento íntegro de la anatomía, fisiología y patología y una entrega total al ser doliente que, en este caso, es la mujer, y aún más, la madre. No hay mayor trabajo ni mayor gloria en la mujer que la maternidad. Ginecólogo que no sea un gran médico, no puede ser un buen especialista. Eso lo aprendí con uno de mis primeros maestros el Profesor Botella Llusá.

El camino emprendido y las enseñanzas recibidas en la Cátedra de Endocrinología, que dirige el Profesor Dr. D. Gregorio Marañón despertaron en mí un particular interés y fué grande mi entusiasmo para desarrollar el tema de las Alteraciones del ciclo menstrual en las endocrinopatías. El criterio de integración humana del Maestro de todos, el Profesor Marañón, su ejemplo de hombres y de médicos me decidió íntegramente a la realización de mi trabajo de Tesis Doctoral en las doctrinas endocrinológicas.

Tributo a los dos el testimonio de mi perenne gratitud como representantes de la mejor Universidad de mi Patria, a la que he

de dejar para cumplir el destino que Dios me reserva en un hogar nuevo Hispanoamericano, quiero reunirlos aquí , suplicándoles no vean en esta Tesis más que un trabajo personal y modesto, pero sincero.

Quiero dejar constancia del imperecedero agradecimiento al Dr. D. Vicente Pozuelo , modelo de caballerosidad e hidalguía - que ha sabido dirigirme en todos los momentos y marcarme una - pauta a seguir en este trabajo.

Asímismo he de agradecer al Dr. D. Angel Sopeña, Profesor Adjunto del Profesor Botella , en quien he encontrado siempre al maestro y amigo y de quien quisiera ser vivo modelo.

Gracias tambien a la Facultad de Medicina, a sus Catedráticos y Profesores, y a todos los que, de manera directa e indirecta me han ayudado a efectuar este trabajo de Tesis Doctoral.

CAPITULO I

HISTORIA

Las dos formaciones ováricas más importantes para la constitución de hormonas fueron descubiertas en el siglo XVII. Regner de Graaf (1672) observó la vesícula folicular bajo la corteza del ovario y del cuerpo lúteo, que, no obstante, recibió su nombre de Malpighi (1686), el cual ya indicó el carácter glandular de la formación.

Albrecht v. Haller describió la transformación del folículo en el cuerpo lúteo.

En 1871 Sigismund, un médico práctico de Rudolstadt, describió la destrucción menstrual del epitelio uterino, interpretando la ovulación como al fallo de la fecundación de un óvulo. Kundrat y Engelmann describieron en 1873 las alteraciones cíclicas de la mucosa uterina, y Lataste, en 1892, las del epitelio vaginal. A pesar de que en 1849 Berthold demostró la secreción interna del testículo, transcurrieron cincuenta años antes de Halban, en 1900, presentara las primeras demostraciones experimentales en animales, de la acción endocrina de los ovarios sobre los órganos genitales.

De Graaf supuso una relación entre cuerpo lúteo y gravidez pero hubo que esperar hasta el comienzo del siglo XX, a que Louis Auguste Prenant (1898) y Gustav Born (1900), recogieron de nuevo estas ideas consiguiendo sus discípulos Ludwig Fränkel, así como Ancel y Bouin, 1903 a 1911, demostrar experimentalmente en el conejo la suposición esta.

En 1905 Marchall y Jolly descubrieron la acción provocadora de celo de los extractos ováricos en animales castrados. En

1910 Luwig Fränkel observó que la extracción rápida de las hormonas ováricas desencadenaba una hemorragia uterina. Robert Meyer y Robert Schröder reconocieron las relaciones morfológicas existentes entre la función ovárica y el endometrio (1913-1915). En 1917 Stockard y Papanicolau descubrieron las peculiaridades del ciclo vaginal en el conejillo de indias. Las investigaciones realizadas en la rata por E. Allan y Doisy, en 1923, les permitieron encontrar una prueba estrogénica, con la cual Doisy, en 1924, pudo hacer la demostración de que el fluido folicular contenía hormonas desencadenantes del celo. Frank, demostró, en 1925 la presencia de esta sustancia activa en la sangre.

En 1926 - 27 Ascheim y Zondek, así como Smith, aportaron la prueba de que la función ovárica dependía de la hipófisis, desarrollándose la tesis de que el ovario está regulado por dos gonadotropinas hipofisarias.

Corner y W. M. Allen crearon la base para el aislamiento de la hormona del cuerpo lúteo, al descubrir en 1929 una prueba para la demostración de esta hormona en el conejo. Con la prueba de Allen-Doisy, y las investigaciones previas de Windans quedaban restablecidas las condiciones previas indispensables que facilitaron el aislamiento y síntesis de las hormonas sexuales en 1929-34 por Butenandt, Doisy y Marrian, C. Kaufmann fué el primero que consiguió, en 1932, provocar la aparición de un ciclo endometrial con hormonas sexuales en una mujer castrada, desencadenando una menstruación típica con la suspensión de la hormona. Sobre estas investigaciones se basa la endocrinología clínica moderna del sistema ovárico-lóbulo Anterior de la Hipófisis.

ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

OVARIO

Es un órgano par y simétrico, situado en la pelvis menor, un poco por detrás y a los lados del útero. Se describe clásicamente como albergado en la "foseta ovárica" que está formada por los vasos iliacos por detrás, por el ligamento infundíbulo pélvico por delante y por la línea innominada por encima. La realidad es que no siempre ocupa esta posición y si se estudia desde el punto de vista anatomoclínico al laparatomizar ginecológicamente a una mujer, no se le encuentra con constancia en esta posición que se describe en los libros. El ovario forma parte del pliegue posterior del ligamento ancho. Este tiene tres desdoblamientos - especies de aletas, de los cuales, la anterior, la forman el ligamento redondo y el peritoneo que lo envuelve; la intermedia está formada por la trompa con su meso y la posterior por el ovario con su meso propia. Otras veces el ovario está colocado por encima del útero como queriendo volcarse hacia delante o que por virtud de adherencias o alteraciones de diversa índole, el ovario -- adopta situaciones cuya anormalidad es muy atípica.

En la joven, los ovarios son dos formaciones conjuntivas del tamaño de ciruelas. Como encargados de la función genética contienen las células ovulares cuyas cubiertas son los elementos más importantes de la función endocrina. La porción central medular está formada por el tejido laxo entrecruzado por abundantes vasos y nervios, a la que rodea la corteza, constituida por un tejido más duro, rico en células. A excepción del hilio, el resto está recubier

to por un epitelio de una sola capa que puede contener células planas o cilindro-cúbicas, el llamado epitelio germinal. La capa más externa de la cortical, al albugínea, es especialmente dura y contiene pocas células, presentando, en cambio, un denso dispositivo de fibras colágenas de curso paralelo a la superficie, y cuyos extremos desaparecen en las profundidades del ovario; los folículos están tensados por delicadas fibras argirófilas de la albugínea.

En los ovarios de la mujer madura se producen variaciones anatómicas y funcionales a compás del ciclo menstrual, que se reflejan en la totalidad del organismo femenino, especialmente en sus órganos sexuales. Estas alteraciones periódicas están supeditadas al ciclo vital del ovario, que abarca al tiempo del desarrollo fetal, el de la maduración de la niña en crecimiento, la función en los años de madurez sexual, y finalmente, el tiempo del apareamiento funcional en los años de la senilidad.

Es muy probable que ya en el nacimiento existan todas las células ovulares en el ovario. Investigaciones realizadas en los últimos tiempos nos inducen a estimar como poco probable la formación de nuevos óvulos a partir del epitelio germinal(4). En el ovario de la recién nacida se encuentran de 400.000 a 500.000 óvulos. Durante la vida de la mujer llegan a la madurez unos 400 a 500. El resto parece precozmente. En la época de la menopausia el ovario está quemado; prácticamente, no contiene ningún óvulo.

En el ovario de la recién nacida cada óvulo está rodeado de una capa celular claramente delimitada. En esta forma descansan los folículos primordiales hasta la época de la madurez sexual, en cuyo momento, que comienza con la pubertad, se producen fenómenos de crecimiento, que comienza con la pubertad, se producen fenóme -

nos de crecimiento en algunos folículos primordiales aislados. La capa celular que rodea al folículo se hace más alta y finalmente poliestratificada a expensas de una serie de mitosis. La capa más interna está constituida por células granulosas, delimitadas contra la capa exterior por una delicada membrana basal (folículo secundario). En el curso del desarrollo posterior se forma en la capa interna de las células granulosas un espacio lleno de fluido.

Las células de la granulosa pierden sus límites definidos y se agrupan para formar el "cúmulo ovígeno", que se proyecta en el interior de la cavidad del folículo; en él se encuentra el óvulo. Este folículo terciario muestra entre la capa de células granulosas y las envolturas exteriores, una membrana, sobre la cual están ordenadas las células granulosas. Las envolturas externas -- están constituidas por una Teca interna y una Teca externa. La teca interna contiene vasos y fibras nerviosas amielinadas procedentes del hilio del ovario. Por el contrario, la capa de células granulosas no contiene vasos ni nervios.

Cuando un folículo está en vías de maduración para desprenderse con la ovulación, se observan numerosas mitosis, tanto en la capa de células granulosas como en la Teca interna, disminuyendo claramente de número, al acercarse el momento de ruptura del folículo maduro. La fuerte proliferación de las células de la granulosa forma el folículo maduro. Abombando la pared del ovario. El tejido, se ha hecho más laxo, alrededor del folículo, más hiperémico y fluido. En la teca interna aparecen células aisladas con protoplasma eosinófilo y núcleo oscuro. Estas células, a las que se atribuye una función secretora especial, reciben el nombre de células K (4).

El desarrollo del folículo, hasta alcanzar la madurez, no se realiza de un modo continuado.

En el líquido que contiene el folículo que se aproxima a la maduración se encuentran estrógenos; hecho conocido desde hace 30 años. En los últimos tiempos se demostró también la existencia de Progesterona en una concentración sorprendentemente elevada. (10) (12) (13) (21). Observaciones realizadas en el conejo indican que la formación de Progesterona comienza con el impulso de la ovulación (11). Investigaciones experimentales en animales y hallazgos histológicos permiten suponer que estas hormonas se forman en la Teca (14), almacenándose no sólo en el fluido, sino que el folículo madurante las vierte en la sangre.

Después de la ruptura del folículo el óvulo con sus células granulosas y jugo folicular, llega a una de las trompas. En el lugar de nacimiento del óvulo se forma rápidamente el cuerpo lúteo suponiéndose que su desarrollo es completo en unos tres días (19). A simple vista se observa una formación de unos 15 mm. de diámetro cuyo núcleo con aspecto de jalea sanguinolenta, está rodeado por una pared de tejido rojo-amarillo brillante.

En la formación de este órgano, después de la ruptura del folículo, pueden distinguirse varios estadios. La membrana hialina existente entre la granulosa y la teca interna desaparece; en la mucosa penetran vasos sanguíneos y células conjuntivas, especialmente las células K procedentes de la teca interna. Hacia los tres días el órgano está completamente desarrollado, con una membrana conjuntiva que establece los límites interiores del núcleo gelatinoso. Los protoplasmas poligonales de las células granulosas está perfectamente delimitado y contiene vacuolas en las que se puede demostrar la existencia de pequeñas cantidades de una

sustancia sudanófila. Los núcleos celulares son grandes de forma vesiculosa y con un nucleolo claramente perceptible. Entre las células luteínicas de la granulosa se encuentran las células K, que se distinguen, no sólo por la fuerte eosinofilia de su protoplasma, sino que dan también una reacción más intensiva con el negro Sudán y contienen grappos carbonílicos en la reacción de Ashbel - Seligman. Poseen una gran concentración de fosfatasa alcalina. El cuerpo lúteo alcanza entonces el estadio de floración. Si no se produce la fecundación se presenta, 3-4 días antes de la próxima menstruación, una regresión del cuerpo lúteo, durante el curso de la cual el protoplasma de las células luteínicas de la granulosa, y el de las de la teca luteínica son invadidos por grasa neutra, fácilmente demostrables. Los núcleos celulares se hacen más oscuros e hipnóticos. En un tiempo relativamente corto se produce la sustitución del tejido funcionando por una organización conjuntiva. A simple vista se aprecia el cuerpo lúteo atrófico como una formación amarilla clara que en pocas semanas va disminuyendo de un modo progresivo para desaparecer finalmente. En las mujeres mayores permanece una cicatriz blanca, el "cuerpo albicans". En esta cicatriz puede ser demostradas, durante largo tiempo la presentación de algunas células portadoras de pigmentos férricos que demuestran la presentación de hemorragias foliculares durante la ovulación o durante la regresión del cuerpo lúteo.

Si se produce la fecundación, aparece el cuerpo lúteo del embarazo. No todos los folículos llegan a alcanzar la madurez de la ovulación, ya que la inmensa mayoría de ellos se atrofian produciéndose esta transformación, en cualquier periodo de su desarrollo, pereciendo la célula ovular. La capa de células granulosa es invadida por vasos sanguíneos y las mismas células desapa-

recen . Las células de la Teca interna pueden subsistir un tiempo mayor en forma de células grandes y claras con un núcleo oscuro , dando entonces una fuerte reacción con el negro Sudán. Existe la posibilidad de que la totalidad de estas células tecales, situadas alrededor de los folículos atresícos de ambos ovarios, entre tengan, como glándulas tecales o intersticiales, la producción de estrógenos, la cual independiente de las oscilaciones céclicas de la maduración folicular y de la formación del cuerpo lúteo. En ocasiones se observada una fuerte hiperplasia de estas glándulas tecales en las mujeres virilizantes.

Tambien se les ha atribuído a estas células la facultad de producir hormonas masculinas.

Cuando en el cilindro se ha agotado la producción de óvulos por sucesivas ovulaciones o por atresia folicular, falta el tejido plástico excitable para la producción de hormona. Con ello se apaga la función endocrino del ovario, que disminuye de tamaño y presenta una superficie estrechada de cicatrices procedentes de las pasadas ovulaciones.

En todas las épocas de la vida se pueden encontrar en la zona hiliar pequeños grupos de células especiales, que recuerdan las células intersticiales del testículo, y están siempre en relación con los vasos sanguíneos y fibras nerviosas. Al comienzo de la menopausia se encuentran con mayor facilidad. A estas células hiliares se les ha atribuído ocasionalmente función endocrina, en el sentido de la producción de sustancias masculinas (o) (4).

LA TROMPA

Es un órgano par, que se extiende desde el ovario hasta el útero. Tiene forma de tubo o trompeta, de donde procede su nombre,

y comunica por un extremo con la cavidad del útero, pero el otro extremo no desemboca en el ovario, toda vez que el orificio ampullar que corresponde al ovario se abre en el peritoneo libre, situándose en las proximidades del ovario, pero no en el ovario mismo. Desde el punto de vista de la forma de la trompa y de su calibre progresivamente mayor desde la extremidad uterina a la ovárica, cabe dividirla en varias partes, que son las siguientes:

1ª.- Una porción muy estrecha, contenida en la misma pared del útero, que recibe el nombre de intersticial o intramural.

2ª.- Una porción delgada, que ya sale de la pared del útero unida al resto de los genitales por su meso únicamente; es la parte más delgada de la trompa, como un órgano ya independizado del útero. Recibe el nombre de istmo.

3ª.- Una porción más dilatada, que recibe el nombre de ampolla de tubo o tubaria.

4ª.- Por último, una porción que se abre hacia la cavidad abdominal y que constituye a modo de un pabellón, por lo que recibe el nombre de pabellón tubario.

La constitución interior de la trompa es parecida a la del resto del tracto genital. Tiene un revestimiento interno mucoso o endosalpinx; más exteriormente posee una capa de fibras musculares miosalpinx, de las cuales las más importantes se disponen transversalmente mientras que las más externas se disponen en sentido de longitud. Por fuera de esta capa muscular existe un recubrimiento peritoneal. Este revestimiento del peritoneo, adaptándose la hoja anterior a la posterior, sin dejar más espacio entre ellas que una delgada capa de tejido conjuntivo, formándose así el mesosalpinx o meso de la trompa. Este mesosalpinx forma parte del ligamento ancho, del cual la aleta anterior está ocupada por el ligamento

redondo; la mitad ya dijimos que constituye el meso de la trompa y la posterior se desdobra para formar el meso ovárico, sin llegar a recubrir este.

Histológicamente presenta distintos aspectos, según se secciona para su observación en la porción intersticial, en la istmica, la luz tubaria ya se ha complicado un poco más; es más grande y está ocupada por ciertos repliegues de la mucosa que penetran a modo de espalones en el interior de la luz, dándole un aspecto ramificado. Estos repliegues reciben el nombre de franjas tubáricas. A medida que nos acercamos a la porción ampular, estos repliegues tienen una complicación mayor. No sólo la luz de la trompa es más grande, sino que además las franjas se ramifican, adquiriendo el aspecto de un encaje delicado.

Examinando con detalle cada una de esas franjas veremos que están constituidas por un epitelio cilíndrico, es decir, las células delgadas y altas que más bien tienen forma prismática que cilíndrica y que se adhieren las unas a las otras, formando una especie de empalizada. Este epitelio tiene la particularidad de estar dotado de cilios o pestañas vibrátiles que favorecen la migración del espermio hasta llegar al óvulo.

EL ÚTERO

El útero es un órgano central y único, que resulta de la -- unión o fusión de los conductos Müller. En la mujer el útero tiene forma de pera. Realmente, la comparación no es muy exacta, por cuanto una pera, seccionada de través, tiene una sección redondeada o circular, mientras que el útero es aplastado de delante atrás de manera que su superficie de sección es ovoidea.

Está colocado en el centro de la cavidad pelviana, aproximadamente equidistante de la sínfisis del pubis por la vejiga, en

la parte más inferior , y por la cavidad abdominal libre, con su contenido abdominal, en la superior. De la excavación sacra está separado por el colon sigmoideo, el recto y el intestino delgado, que se coloca en el espacio de Douglas.

Anatómicamente se divide en dos partes: una, que abarca aproximadamente el tercio inferior del órgano, el cuello uterino, y otra, el resto de él, que es la más importante del mismo y que constituye el cuerpo uterino. Existe una separación precisa entre el cuello y el cuerpo uterino, que es el orificio cervical interno, del cual nos ocuparemos a continuación. El cuello, es más flexible y delgado, mientras que el cuerpo es musculoso y fuerte. En el interior existe una cavidad, la cavidad uterina, que es el producto de la tunelización de los conductos de Muller. En la cavidad del útero debemos distinguir dos partes: el conducto cervical, que recorre el cuello, y la cavidad corporal. La cavidad uterina se ensancha en el cuerpo del útero, no en un sentido anteroposterior, sino principalmente en el transversal, adoptando una forma triangular, con una cara anterior, otra posterior, dos bordes y un fondo. Está separada del conducto cervical, marcándose la separación entre cuello y cuerpo por un orificio, el orificio cervical interno, que constituye la puerta de entrada de la cavidad del útero. La puerta de entrada al conducto cervical la constituye el orificio cervical externo. La cavidad interna comunica, por arriba, con las trompas, y por abajo, con la vagina, y a través de ella, con el exterior. Existe una parte del útero en íntimo contacto con la vagina, introducida, por así decir, en dicho órgano. Es la porción vaginal del útero o "portio vaginalis uteri", también llamada "hocico de tenca". Se extiende desde el fondo del saco vaginal anterior al fondo del saco vaginal posterior. Constituye una por-

ción de útero que se introduce, como un cono o tronco de cono, en la vagina, y que está revestida por un epitelio igual al que recubre la superficie de ésta, lo que la distingue del resto del epitelio uterino.

Es muy interesante señalar, sobre todo desde el punto de vista obstétrico, una región del útero, que fuera de la gestación no tiene importancia, pero que en la gravidez la adquiere cada vez mayor a medida que avanza ésta. Es una zona de transición situada inmediatamente por encima del orificio cervical interno y colocada entre cuello y cuerpo. Se trata del istmo del útero. En el útero normal, no gestante, apenas si es más que una capa limítrofe, alcanzando 2 ó 3 mm. de altura. Pero tiene características morfológicas y constitucionales especiales que hacen que, llegado el embarazo, se desarrolle considerablemente y constituye lo que en el parto se llama segmento inferior, de gran importancia en la fisiología y patología obstétrica.

Desde el punto de vista de sus relaciones con los órganos próximos, se puede dividir el útero en tres partes:

1ª.- Porción del útero que se relaciona con la vagina o porción intravaginal, es decir, la portio vaginalis uteri, de que ya hemos hablado.

2ª.- Porción del útero que se relaciona a través del tejido conjuntivo, con la vejiga por delante, con el ligamento ancho por los lados y por los ligamentos útero-sacros por detrás; en una palabra, con el parametrio, porción subperitoneal.

3ª.- Porción del útero que está recubierta por el peritoneo y que se relaciona con los órganos contenidos dentro de la cavidad abdominal, porción intraperitoneal. Por lo tanto, el útero constituye, por así decir, un órgano "a caballo" entre la vagina y la cavidad abdomi-

nal, que tiene la porción intermedia que se relaciona con el tejido conjuntivo de la pelvis.

El peritoneo que recubre la vejiga se refleja al llegar a la parte posterior de ésta, para subir cubriendo la cara anterior del útero. Por lo tanto, entre ambos órganos se forma el pliegue peritoneal vésicouterino o "plica vésicouterina", de gran importancia en la cirugía ginecológica.

Como dependiendo del útero, formando parte de su sistema muscular, se extienden a los lados los ligamentos redondos que van a unir el útero con el canal inguinal, por donde se introducen.

Inmediatamente por detrás está la trompa, y más atrás todavía el ovario. Los bordes laterales del útero están relacionados con los pliegues o aletas del ligamento ancho, y albergan, sucesivamente: el ligamento redondo, la trompa y el ovario, y por lo tanto, las relaciones laterales del órgano tienen lugar con los mesos correspondientes a los órganos citados y con el ligamento ancho.

El útero está tapizado por un epitelio de gran interés, que es distinto en cada una de las regiones citadas; hocico de tenca, endocervix, istmo y cuerpo. En la región del hocico de tenca, el epitelio es pavimentoso poliestratificado, con una capa basal o germinal, un cuerpo de Malpighio y una capa de células que no llegan a cornificarse del todo. En esta región no existen glándulas. En la región del cuello se desarrolla un sistema glandular secretor del moco y no sujeto a modificaciones cíclicas como el del cuerpo.

Este revestimiento del cuello recibe el nombre de endocervix y origina con sus secreción un tapón mucoso, que sirve de cierre de entrada del conducto cervical e impide la penetración de gérmenes. En el istmo, el epitelio comienza a presentar glándulas tubulares, que ya no segregan moco, a diferencia de las glándulas del

cuello. Por último, tenemos el epitelio del cuerpo, o endometrio, que es el más interesante del todo, y está sujeto a modificaciones cíclicas.

Tanto en el cérvix como en el cuerpo, el epitelio es cilíndrico. Sin embargo, el epitelio de revestimiento de la "portio" es muy distinto. Es una mucosa muy semejante a la de la vagina. Como ya hemos dicho, se trata de un epitelio plano, paliestratificado, de tipo pavimentoso. Este epitelio no sufre una cornificación completa, como ocurre con la piel, y sus células superficiales no están muertas totalmente, aunque están degeneradas.

El aspecto que ofrece la "portio", es distinto en las nulíparas y en las multíparas. Esto tiene un valor diagnóstico para saber si la mujer ha tenido partos anteriores o no. En las nulíparas el orificio cervical externo es puntiforme, mientras que en las multíparas, debido a la dilatación del parto, al volver a reintegrarse a la normalidad se forma una hendidura más o menos larga, según haya habido desgarros cervicales, o no, pero, en todo caso, tiene forma transversal, con un labio anterior y otro posterior.

Digamos ahora algo de la capa uterina que se encuentra por fuera de la mucosa. Se trata de una gruesa capa muscular llamada miometrio, que tiene una gran importancia, sobre todo en el momento del parto, en que constituye el aparato motor del mismo; el músculo que ha de expulsar el fruto fuera del útero y del organismo materno, está formado por fibras musculares lisas, que se disponen en fascículos formados por fibras musculares lisas, que se disponen en fascículos, cuya sistematización, se han esforzado mucho tiempo los anatómicos en descubrir.

los trabajos clínicos.

Otras sustancia es la Hormona lactogoga a la que desde hace 15 años se le atribuye una acción ganadotropa. Como esta puede entretener la función del cuerpo lúteo de la rata, por ello recibe la denominación de Hormona Luteotropa. (H. L T.)

QUIMICA

=====

En 1940, se obtuvieron preparados de H. L. En 1949, se obtuvieron por primera vez los de H. R. F. por Simpson y Craus y posteriormente poseyendo los preparados ulteriores de H. E. F., una acción biológica diez veces más fuerte que los primeros ya que al parecer se hallan en mayor estado de pureza. Las gonadotropinas son proteínas situadas en las fronteras de los métodos actuales de la química de las proteínas. Los preparados obtenidos hasta ahora probablemente pueden ser purificados todavía más.

Las H. E. F. y H. L., son glucoproteidos solubles en agua mientras que la H. L. T., es una proteína sencilla apenas soluble en el agua. Actualmente es objeto de discusión si la H. E. F. y H. L., son las únicas hormonas vertidas en la sangre por el L. A. H., ya que además hay que contar con la posibilidad de que se presentan como consecuencia de las manipulaciones producidas en la hipófisis no sean proteínas sino que diversas actividades gonadotrópicas se hallen copuladas laxamente a las proteínas.

Es probable que con la ayuda de la reacción del ácido paraminosa líclico se puedan determinar exactamente las células que producen la H. E. F. , H. L. y la H. E. T. (hormona tireotropa).

CAPITULO II .- FISIOLOGIA .-

EL LOBULO ANTERIOR DE LA HIPOFISIS Y SU INFLUENCIA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

a).- Gonadotrofina.- La regulación de las gónadas por los impulsos humorales con origen en el Lóbulo Anterior de la hipófisis es conocida desde hace unos treinta años. Después de la hipofisectomía se produce la atrofia gonadal y de los órganos sexuales de ellos, -apagándose las funciones cíclicas.

Los tumores que destruyen la hipófisis producen los mismos resultados.

La inyección de extractos del lóbulo anterior de la hipófisis o la implantación de una hipófisis, bajo el hipotálamo puede suprimir total o parcialmente estas manifestaciones de debilidad del animal hipofisectomizado.

A partir de la hipófisis de animales se consiguió aislar diversas sustancias con acción sobre los ovarios, las gonadotropinas del lóbulo anterior de la hipófisis. Estas sustancias están bastante bien caracterizadas químicamente y probablemente no poseen especificidad sexual.

Las investigaciones estaban al comienzo bajo la impresión de que el lóbulo anterior de la hipófisis formaba dos gonadotropinas. Una que regulaba la función folicular y otra que se encargaba de regular la formación del cuerpo lúteo y su función. Se consiguió aislar de la hipófisis de animales dos extractos diferentes que poseían acciones ya citadas. Una de las sustancias se denomina Hormona Estimulante del folículo (H. E. F.); la otra Hormona Estimulante de las células intersticiales (H. E. C. I.) u Hormona Luteinizante (H. L.). El concepto de (H. E. C. I.), se corresponde mejor con las observaciones en el animal testigo; el (H. L.) es más corriente en el

b).- Acción biológica.-m Desde el punto de vista de algunos investigadores, la H. E. F. provocaría el crecimiento del folículo sin producción estrogénica, actuando sobre el folículo terciario pues la cavidad folicular se formaría sin influencia del lóbulo Anterior. Posteriormente se vió (158), una producción de estrógenos empleando un preparado análogo, lo que indica que el preparado no era tan puro y tal vez contenía algo de H. L.

Injectado aisladamente la H. L. devuelve su aspecto normal a las células tecales y al tejido intersticial ovárico del animal hipofisectomizado. Y cuando administran ambas hormonas se produce el crecimiento folicular con formación de estrógenos, la ovulación y el desarrollo del cuerpo lúteo.

La hipófisis admitida en la actualidad es que primeramente la H.E. F. dirige el crecimiento del folículo al mismo tiempo que pequeñas cantidades de H. L. provocan la producción de estrógenos. Con la profusión ascendente de la acción estrogénica, se produce un débito de H. E. F. en favor de la preponderancia de H. L. y H. L. T., cuya consecuencia es la ovulación y desarrollo de un cuerpo lúteo con secreción de progesterona. Con la regresión del cuerpo lúteo vuelve a reforzarse la emisión de H. E. F.

Relaciones del lóbulo anterior de la hipófisis con la periferia. - Diversas observaciones ~~habían~~ en favor de la existencia de una influencia de las hormonas periféricas formadas en el ovario, sobre el L. A. H., incluyéndose probablemente el hipotálamo.

En la infancia la hipófisis humana solo posee una escasa actividad gonadotropa que aumenta fuertemente durante los años de la madurez sexual y vuelve a ascender considerablemente con la menopausia o después de la castración. Probablemente esta actividad solo sufre una regresión en edades avanzadas, pero permanece siempre por

encina del nivel alcanzado en los años de madurez sexual.

Después de la menopausia el ovario no reacciona a la gonadotropina. Desde hace mucho tiempo se conocen alteraciones histológicas típicas en la hipófisis de las castradas. La administración continuada de estrógenos permite hacer disminuir nuevamente la emisión de gonadotropinas después de la menopausia. Por otra parte, la administración de una dosis aislada de estrógenos en la mujer madura produciría una emisión de gonadotropina en el L. A. H. (56) según Brown Bradbury y Jungck. La administración prolongada de Progesterona a monos castrados puede inhibir la cesión de gonadotropina del L. A. H., Para Salhanick, Hisaw y Zarrow, pero en los animales sexualmente maduros, piensa Pfizer que se desencadena la ovulación después de un aporte de corta duración.

En el ser humano Schval y Soffer han visto que la A. C. T. H. o la cortisona, provocan un aumento en la eliminación del complejo gonadotrópico. Esta todavía por aclararse si se trata de un efecto de estas sustancias sobre el L. A. H., o sobre la función renal.

Relaciones del L. A. H. con el hipotálamo.-

El hipotálamo posee funciones a las cuales está subordinado el sistema Lóbulo Anterior de la Hipófisis. - Ovario. Los tumores y otras alteraciones anatomopatológicas del mismo hipotálamo o que lo influyen mecánicamente, pueden exteriorizarse clínicamente por una atrofia de los órganos sexuales o por una hiperfunción; p. Ej., la pubertad precoz. Hasta ahora no se ha podido conseguir la ordenación de esta función con un grupo celular determinado pareciendo dudoso que ello sea posible. En la rata y en el conejillo de indias, según trabajos de Markee, Dey Bargmann, Harris y Hillarp, tenemos que contar con dos sectores que tienen importancia

en la regulación de estas funciones. Los experimentos realizados en animales por Harris y Pfiffer, hablan en favor de que el hipotálamo femenino en contraposición con el masculino poseen la facultad de desarrollar funciones rítmicas, es decir, periódicas. El L. A. H. y el ovario están sometidos al hipotálamo, es decir, son tejidos plásticos incapaces de desarrollar por sí mismos esta periodicidad.

La transmisión del impulso de ovulación no precisa en los roedores ni en los monos de la integridad de la medula espinal o del simpático superior sino que está ligada a la integridad del sistema vascular portal, entre el L. A. H. y el hipotálamo. Se puede contar con la existencia de una transmisión química de la excitación, estando en discusión si son suficientes las sustancias transmisoras inespecíficas del sistema nervioso vegetativo, tal como parece desprenderse de los experimentos de bloqueo en la escuela de Markee aunque también podría contarse con la existencia de excitaciones humorales específicas dada la diversidad de funciones del L. A. H.

De los experimentos de Markee se desprende que en cuanto a la ovulación de los centros hipotálamicos en la rata, dependen también de la cantidad de hormonas sexuales formadas en la periferia. Los experimentos realizados por Vestman en las ratas, con ayuda de fósforo radioactivo, demostraron que el hipotálamo reacciona específicamente a las hormonas sexuales (estrógenos). Solo cuando no están alteradas sus relaciones con el L. A. H.

El ciclo.-

Dos fenómenos periodicos determinan la vida de la mujer sexualmente madura; las ovulaciones rítmicas y las hemorragias menstruales dependientes de aquellas. Todo lo que se sabe actualmente

sobre las inter relaciones de ambos fenómenos, sus condiciones y mecanismos, ha sido descubierto por la investigación en este siglo. Todavía están por aclarar problemas elementales de gran importancia clínica ya que en realidad no sabemos nada sobre las causas de la periodicidad de la ovulación. Las ovulaciones periódicas y la menstruación regular constituyen la mitad de las alteraciones del sistema L. A. H. - Ovario.-

Si estos dos fenómenos han sido colocados en una posición tan destacada, fué siguiendo la necesidad médica. La ovulación y la menstruación se encuentran siempre en un estado de interdependencia en todos los planos del organismo, merencéfalo, hipófisis, ovario, útero. El constante cambio cíclico que en el fondo afecta a todas las reacciones fisiológicas y muchas patológicas de la mujer, sexualmente madura se ve reflejadas en el curso de este ciclo. Todo médico debe tener en cuenta este concepto.

Sobre la función cíclica del hipotálamo, no sabemos nada en relación con el ser humano.

En sí misma la actividad periódica del L. A. H. está asegurada pero la fina concatenación de su proceso es aun hoy objeto de estudio. Todavía no existen determinaciones hormonales en la sangre. Si se procede a la valoración altamente inespecífica de los efectos provocados por las sustancias con la hipófisis L. A. H. eliminadas por la orina en el animal con hipófisis intacta se obtiene una elevación antes de la ovulación y ocasionalmente otra segunda cúspide, antes de la menstruación. Todavía no se ha conseguido relacionar determinaciones en la sangre. En la mayoría de estas determinaciones se abarca un complejo de H. E. F. y la H. L. en diferentes proporciones. Las determinaciones químicas de la gonadotropina en la orina parecen indicar en los trabajos de Croke, Butt e Ingram que la H. E. H. apa

rece igualmente con dos vértices durante el ciclo.

Lo que es bien claro, es que durante el ciclo se emite una sola gonadotropina hipofisaria.

Poseemos conocimientos mayores sobre el curso del ciclo en el ovario. La apertura del folículo con la salida del óvulo según estudios realizados por Blandan y Decker, se presenta la mayoría de las veces 14 días antes de la menstruación como se ha probado por la valoración de incontables curvas de temperatura basal. Cuidadosos análisis en la sangre y en la orina, así como investigaciones histológicas en el endometrio. Todavía está por demostrar que la fecundación del óvulo puede ocurrir con un intermedio mayor de 15 días.

Seguramente fué Knaus el primero que hizo la indicación de que la menstruación puede seguir a la ovulación con un intervalo menor como estas mujeres serían estériles cuando el intervalo es menor de 10 días este autor habla de la existencia de un ciclo acortado patológicamente. Este acortamiento de los ciclos parece acumularse en la edad de la adolescencia y de la menopausia.

Con respecto a la producción cíclica de hormonas del ovario poseemos suficientes referencias. En la sangre y en la orina se pueden demostrar siempre dos vértices: de los cuales, uno corresponde al tiempo de la ovulación y el otro se halla en la segunda mitad del ciclo, un poco después del momento de máxima función del cuerpo lúteo. El primer vértice coincide seguramente con la elevación de la temperatura matutina. Cuantitativamente se elimina alrededor del doble de estrona y triple de estriol que de estradiol. El primer vértice presenta una subida vertical y la eliminación de estradiol queda un poco retrasada con respecto a la de los otros dos esteroides.

Sobre la formación de progesterona solo se puede indicar hasta ahora los resultados de las determinaciones biológicas en la san-

gre. Aparece un poco antes de la ovulación según Forbes y Ober y Klein observándose el nivel más alto en la segunda mitad del ciclo. No es seguro que desaparezca durante y después de la menstruación.

La emisión de Progesterona a la sangre antes de la ruptura folicular tiene su origen en el folículo madurante; demostrado hace 15 años en las pruebas biológicas.

Las alteraciones más importantes para la hemorragia menstrual desarrollan en el endometrio.

Las trompas muestran variaciones en su epitelio y oscila la longitud de su porción intramural.

El miometrio crece en la segunda mitad del ciclo haciéndose mayor que el cavum uterino. En la fase postmenstrual sufre una regresión. La mayor tenacidad se encuentra antes de la ovulación y disminuye durante la fase de secreción del endometrio.

Las glándulas cervicales segregan antes de la ovulación una secreción muy fluida y filante. En los preparados secos aparecen cristales en forma de helechos. En la fase lútea la secreción es más espesa.

La mucosa de la vagina presenta un enriquecimiento en glucógeno hacia la mitad del ciclo con el conocimiento y comienzo de la acción de la Progesterona.

Las mamas presentan en la segunda mitad del ciclo bajo la influencia de la Progesterona un aumento de volumen. La mayoría de las veces desaparece uno o dos días antes de la menstruación anunciando su llegada.

La temperatura basal es más baja en el postmenstruo que en el premenstruo. La curva bifásica es la característica de la mujer sana durante la madurez sexual, siendo notable la constancia de la duración de la hipertermia premenstrual que frecuentemente comien-

za con una elevación vertical de la curva. Frecuentemente antes de la ovulación, se encuentra una depresión. Después de la elevación de la temperatura se encuentra en el ovario un cuerpo lúteo. La hipertermia se prolonga 13 ó 14 días. Si aún existe a los 16 días, se podría pensar en un embarazo. Si está acortada su duración se puede pensar en la existencia de un cuerpo lúteo de insuficiente función.

Durante el ciclo la respiración experimenta oscilaciones. Dorning, demostró que la curva de la tensión alveolar de CO_2 cursa como una imagen especular de la temperatura matutina alcanzando su punto más bajo en la fase premenstrual.

LAS HORMONAS DEL OVARIO

FISIOLOGIA.- ESTROGENOS.-

Se llaman estrógenos aquellas sustancias que en los animales castrados provocan efectos análogos a los que se observan en la vagina de los roedores durante el celo. En mujer castrada o en la anciana, pueden determinar el desarrollo y conservación de los caracteres sexuales secundarios. De los tejidos y fluidos corporales humanos se han extraído hasta ahora seis sustancias de acción estrogénica. Desde hace tiempo se conoce el Estradiol (Daily), la Estrona (Butenandt), y el Estriol (Marrian). En los últimos tiempos se ha descubierto el 16-Epiestriol (Marrian y Benlt)(28). Un poco antes ya se conocían la 16-Cetoesterona (Serchi) (28a) y el 16-Ceto estradiol (28)(b). El 17-B-Estradiol está considerado como el estrógeno más importante de los formados en el ovario. Después de la inyección de Estradiol a la mujer castrada la eliminación de los restantes estrógenos es realizada como en la mujer madura (28). Aunque también se obtiene el mismo resultado después de la inyección de Estrona (28). Por esto se puede pensar que en el ovario también se forma Estrona o al menos puede transformarse en Estradiol. Como éste se produce seguramente en las cubiertas ovulares, se habla de hormona folicular. La Estrona fué el primer estrógeno preparado por Butenandt y Doisy (1.929) a partir de la orina de embarazadas.

Entre tanto se consiguió aislar del ovario Estradiol y Estrona; esta última también a partir de la corteza suprarrenal. Es un hecho notable que el Estradiol también se encuentra en el testículo del hombre normal formándose probablemente en las células de --

Leydig (42). Durante el embarazo se producen estrógenos en la placenta.

Biológicamente, el Estradiol es el estrógeno más activo. En los roedores castrados, la estrona sólo ejerce la décima parte de la acción de aquel y el Estriol, la quinta parte de ésta. El estrógeno más débil es el 16-Epiestriol.

Gestógenos.— Son sustancias que actúan especialmente durante el embarazo y en su preparación, es decir, en el anidamiento y desarrollo posterior del huevo en el útero.

El gestógeno natural conocido hasta ahora es la Progesterona cuya formación fuera del embarazo, pertenece al ovario, especialmente por el cuerpo lúteo en su capa de células granulosas. También se los puede demostrar químicamente en el folículo maduro (59), atribuyéndose esta formación a las células tecaes X, en grandes cantidades, en la placenta. Durante el año 1.934, Butenandt y Westphal obtuvieron por primera vez, Progesterona químicamente pura, solarando su constitución X,

Andrógenos.— Son las sustancias que imprimen caracteres masculinos. Desde hace largo tiempo se exterioriza la opinión de que los ovarios producen hormona masculina, conociéndosele un papel importante en la ovulación (54). En los experimentos animales y bajo ciertas condiciones los ovarios transplantados puedan producir hormonas androgénicas (10). Ciertos tumores ováricos de la mujer poseen también esta facultad. Pero hasta ahora no se ha demostrado que en condiciones fisiológicas los ovarios de la mujer producen andrógenos (10) ya que la climatación de ciertos metabolitos especialmente de los 17-Cetosteroides, se atribuye a la corteza suprarrenal. Basándose en los resultados del fraccionamiento de los 17-Cetosteroides en mujeres con ovarios en diversas condi-

ciones de funcionamiento y sin ovarios se ha manifestado la opinión de que en los ovarios también se forma el andrógeno más importante, la testosterona(23), atribuida a las células del hilio (2), (23) y las tecaes(49).

Modo de acción de las hormonas sexuales.-

Multitud de experimentos y observaciones nos aproximan a la conclusión de que las hormonas sexuales influyen directa e indirectamente la actividad de diversos fermentos y sistemas fermentarios, o enzimáticos, existiendo puntos de ataque severamente localizados en determinadas partes de un tejido. Observaciones realizadas en los últimos tiempos nos enseñan que se presentan efectos histológicos diferentes y específicos en el mismo tejido, después de la administración de esteroides, en dependencia con el número y disposición de los grupos funcionales, posición de los dobles enlaces y de la oxidación en los C_{13} o C_{17} (Liggins).

Metabolismo y eliminación.-

Con la formación normal de Estrógenos, 1/3 se encuentran en la sangre, en forma libre; 2/3 están combinados, probablemente con la globulina beta. El tejido adiposo puede absorber una gran cantidad (Koch). La eliminación se realiza a través del riñón y del hígado. En la orina, los estrógenos se encuentran libres en muy pequeñas proporciones; la mayor parte están combinados con los ácidos sulfúrico o glucourónico. En forma de ésteres que son hidrosolubles. Zondek 1.934 reconoció que el tejido hepático podía inactivar, in vitro los esteroides, lo que se puede demostrar con facilidad introduciendo las hormonas a través de la vena porta para su absorción. En las enfermedades graves del hígado se buscan signos que demuestren un aumento de la acción de los estrógenos, ya que, en

el sexo masculino, parecen existir datos que apoyan esta creencia, seguramente a causa de que los andrógenos pueden ser inactivados en el hígado con mucha mayor facilidad y en cantidades má grandes que los estrógenos (5).

La bilis contiene estrógenos (7,13) que son expulsados por las heces (45). Se ha considerado la posibilidad de que los estrógenos sean absorbidos por el intestino y que realicen un círculo entero - hepático como los ácidos biliares (5,45). Una parte puede alcanzar los órganos efectores, la otra puede ser eliminada a través del riñón. Se discute la posibilidad de una reactivación en el hígado.

La mayor parte de la Progesterona se encuentra en la sangre, al parecer en combinaciones muy laxas, hallándose asimismo, en grandes cantidades, en las grasas corporales (Bodde).

En la orina de los castrados se pueden demostrar productos de degradación biológicamente inactivos, después de la inyección de Progesterona. Es el más importante de todos el Pregnandiol-glucoronato sódico, que fué hallado en la orina por Marrian en 1929.

La desoxicorticosterona (Doca) una sustancia aislada de la corteza suprarrenal, también es degradada en un tanto por ciento muy pequeño, para formar Pregnandiol. Como no se sabe con seguridad si esta sustancia es cedida por las suprarrenales, esta observación parece actualmente menos importante que hace algunos años.

Química.-

Las hormonas ováricas se derivan de la corteza suprarrenal y las gonadales masculinas del núcleo del Ciclopentano ferhidrofenantreno (45). Son esteroides. (Callow)

Poseen en el primer anillo el grupo fenólico OH, débilmente ácido. La Progesterona es un esteroide con 21 átomos de carbono, con lo que parece de un modo especial a las hormonas de la corteza

suprarrenal. Por el contrario los estrógenos poseen sólo 18 átomos de C.

Junto a las estrógenos naturales se han sintetizado una serie de sustancias con acción estrogénica. Dodds, habla de estos casos de estrógenos artificiales. (11). Los más conocidos son derivados del Fenantreno y del Dibenzantraceno. La importancia clínica mayor la poseen los estilbanos. Son especialmente aptos para la administración oral ya que no se inactivan en el hígado.

Se han sintetizado diversas sustancias con acción gestógena, y la más antigua de las conocidas es la Pregminolona. Otro gestógeno sintético se encuentran en fase de experimentación clínica.

ORGANOS EFECTORES DE LAS HORMONAS OVARICAS.-

Las trompas .- Las hormonas ováricas tienen acción sobre la mucosa y la musculatura de las trompas, influenciando la motilidad del órgano. El estado de madurez tubárico bajo la acción fisiológica de las hormonas es una condición normal y para el desarrollo ulterior del huevo. Se sabe muy poco sobre la secreción del epitelio tubárico.

ESTROGENOS.-

Estrógenos: Su acción principal es sobre el crecimiento, lo que explica la elongación de las trompas en la pubertad. Con una actividad estrogénica fuerte, se halla un epitelio alto, predominantemente de células vibrátiles y aumenta la motilidad del órgano que alcanza un máximo en el momento de la ovulación haciéndosele sanguínea, por la influencia estrogénica. Aumento de la respiración tisular.

PROGESTERONA:-

Progesterona: Provoca aumento del número de células secretoras

ras ensanchan la porción ístmica de la trompa y disminuye la respiración celular. Las trompas recobran su tranquilidad.

El miometrio.- Acción también sobre el crecimiento y motilidad. Estrógenos: El útero de la mujer castrada es pequeño (4-5cm,) y duro, pero bajo la administración de dosis adecuadas de estrógenos alcanza en 4-5 semanas su tamaño de 8cm. igual que en la mujer madura. Las fibras musculares son bien delimitables histológicamente y sus núcleos son jugosos. Aumenta la irrigación sanguínea y crecen los vasos. Aumento de la motilidad y de la respuesta a la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis. Hay elevación del tono del órgano.

Progesterona: Bajo condiciones fisiológicas parece asegurada la acción tranquilizadora de la Progesterona. La reactividad ante la hormona del lóbulo posterior de la hipófisis sufre una regresión y existe una limitación de la motilidad espontánea aunque también se han observado contracciones raras y perezosas pero de gran amplitud.

El endometrio.- Por ser fácilmente accesible a la investigación se conocen varias acciones de las hormonas ováricas en parte consecutivas.

Estrógenos: Regulan el crecimiento de la mucosa sobre todo en fluidos. En 24 horas la capa superior del endometrio humano puede aumentar varias veces de volumen bajo el efecto de una fuerte acción estrogénica (17). Cuando actúan los estrógenos solos durante más de 4 semanas sobre la mucosa se presentan variaciones características. La presencia de glándulas quísticas constituyen solo signos de una discordancia en el desarrollo del estroma y del epitelio, así como una involución de los canalículos excretores. El fluido contenido en el estroma disminuye indistintamente instantáneamen-

te aún bajo una acción fuerte y prolongada de los estrógenos, aumentando el número de las fibras argentófilas. No se presenta una secreción típica de los epitelios aunque pueden aparecer indicios de glucógenos; en las luces de los conductos glandulares existe - menos cantidad de glucosa.(75).

Progesterona: En presencia de cantidades adecuadas de estrógenos la Progesterona provoca una serie de efectos sucesivos característicos que se presentan en el tiempo de forma bien conocida - (Rydin). Al principio se produce un aumento de la actividad, demostrable histoquímicamente, de las fosfatasa alcalinas. A las 366 - horas comienza una glucogénesis por debajo de los núcleos celulares desplazados hasta la luz glandular, a la cual corresponden las características vacunales de secreción que se observan en los cortes histológicos. Al mismo tiempo se observa un despliegue del aparato Golgi. Hacia el 7º día los núcleos celulares se redondean y regresan a su lugar primitivo, apareciendo el glucógeno en la luz glandular, en unión de grandes cantidades de mucus. En el epitelio desaparece la fosfatasa alcalina. Con el comienzo de la secreción y el redondeamiento final de los núcleos celulares se produce un serpenteamiento de los conductos glandulares a consecuencia de la reducción del espacio disponible para los epitelios. Hacia los 10 o 12 días se forman una especie de espículas del estroma que comprimen el contorno glandular. A los 14 días aparecen en los alrededores de los vasos de células del estroma aumentadas de tamaño que en la 3-4 semana alcanzan su máxima evolución situándose como células deciduales en la capa más superior de la mucosa. Aun con la administración de Progesterona durante muchas semanas llegafinalmente después de meses el momento de la regresión de la mucosa. La progesterona eleva la irrigación del endometrio. La supresión de

la administración de progesterona con el aporte adecuado de estrógenos, provoca siempre una reacción hemorrágica del endometrio. Si la Progesterona ha actuado sobre la mucosa durante más de 10 días, se produce su destrucción en cuanto se manifiesta rápidamente la hormona

El cervix.— El crecimiento y la función de las glándulas cervicales siguen a las hormonas ováricas.

Estrógenos: La mucosa del canal cervical aumenta su secreción cuyo mucus se hace más claro y filante. Si se deja secar, se presentan cristalizaciones en forma de helecho. El epitelio glandular prolifera y emite prolongaciones. El canal cervical se ensancha. El órgano se hace más blando por absorción de fluidos.

Progesterona: El canal cervical se hace más estrecho y se cierra el orificio cervical externo, disminuye la secreción de las glándulas cervicales que se hace más viscosa y opalescente. En seco cristaliza en helechos.

La vagina.— Es el primer órgano en el cual se evidenciaron -- claramente los efectos de los estrógenos.

En la anciana, la mucosa vaginal es baja y pobre en glucógeno o no contiene.

Bajo la influencia de la hormona se desarrolla en muy poco tiempo un epitelio alto que forma grandes cantidades de glucógeno a partir de la zona parabasal. Si mientras se forma el epitelio alto se toman frotis vaginales y se tratan según el método de Papanicolaou, se obtienen unos cuadros seriados de la progresión de la -- sección de los estrógenos; el máximo de acción de las hormonas se corresponde con su presencia de numerosas células preferentemente acidófilas; con pequeños núcleos situadas en la capa más superior de la vagina. Para llegar al grado más alto de evolución de la anciana se precisa por término medio una inyección diaria durante -

10 días de menos de 50 gamas de estardiol oleoso. La sensibilidad - de la vagina a las hormonas en comparación con los restantes segmentos del tracto genital, es muy grande.

La glucogénesis vaginal es la condición previa para su normal funcionamiento durante los años de la madurez sexual.

Progesterona.-El efecto de la progesterona es probable que se trate de un antagonismo hacia los estrógenos ya que la sustracción de estos, provoca casi los mismos fenómenos; se produce un aumento de la exfoliación celular; aparecen en el frotis entre algunos leucocitos grupos celulares de capas superiores.

ACCION DE LAS HORMONAS ANDROGENICAS SOBRE LOS ORGANOS GENITALES.-

Será descrito más adelante cuando hablemos de las suprarrenales y la función sexual.

La ovulación.-

En lo que se refiere a su fijación en el tiempo, durante el ciclo, exige un interés clínico especial. El tratamiento del matrimonio estéril y el problema de la limitación de la concepción, se apoyan siempre en este fenómeno.

Parece aceptable admitir al hipotálamo, como el impulsor de esta periodicidad que sólo existe en el organismo femenino. En el desarrollo de este comportamiento rítmico, desempeña un papel importante el factor hormonal.

La periodicidad de las ovulaciones no es de una magnitud tan constante como se supone. Los intervalos de las menstruaciones oscilan unos días en casi todas las mujeres. Teniendo en cuenta la relativa constancia con respecto al tiempo de las relaciones sobre rotura de folículo y menstruación, estas oscilaciones afectan también a la ovulación. Sólo en el 1% de las mujeres, se observa

el mismo intervalo a lo largo de un año, entre las hemorragias. El intervalo de 28 días , representa el término medio que puede oscilar en varios días tanto hacia el aumento como hacia la disminución.

En la mujer la ovulación es probablemente un fenómeno de índole espontánea, es decir, independientemente de excitaciones exteriores de tipo sexual.

La ovulación está inseparablemente unida a cambios humorales que se exteriorizan en las emisiones hormonas de L. A. H. y de las glándulas sexuales. Los factores mecánicos impiden situar exactamente el tiempo de la apertura del folículo en relación invariable con estas acciones endocrinas.

La ovulación tiene lugar si se practica un control regular de temperatura basal en el día en que se observa una depresión marcada de la temperatura , es decir, dos días antes del salto hacia la fase de elevación de la temperatura. En el frotis vaginal se podría ver la acción máxima de los estrógenos pero es conveniente investigar en varios ciclos anteriores. El moco cervical es más filante antes de la ovulación. Asimismo una pequeña parte de las mujeres perciben una sensación dolorosa en el momento de la ovulación, en cuyo caso en todos los ciclos la presencia de una hemorragia de ovulación que aunque su causa no sea clara, sin embargo, se puede pensar sea debido a que la sangre procedente del folículo, abierto, llegue a la vagina a través de las trompas del útero.

La menstruación.-

La hemorragia menstrual se presenta en el curso de la regresión del endometrio, que comienza hasta 5 días antes de la hemorragia y discurre paralelamente al descenso de producción hormonal del ovario pudiéndose la contener durante meses enteros, por medio

de la administración de estrógenos y progesterona, a dosis adecuadas. La retracción es expresión de una pérdida de agua y de secreción. Juanto a esto llaman la atención dos fenómenos de regresión de los epitelios glandulares, cesa la secreción, el aparato de -- Golgi sufre una regresión y desaparece el ácido ribonucleónico. En e el epitelio aparecen lípidos y el estroma leucocitos. Finalmente, la mucosa retraída se desprende en mayor o menor extensión.

La explicación mas conveniente procede de Bartelmer y Markke que colocan el sistema vascular de la mucosa en el punto central. En el endometrio se conocen dos tipos diferentes de arterias: los vasos basales que sólo irrigan las capas inferiores de la mucosa; las arterias que atraviesan todo el espesor de la mucosa y tienen dos territorios terminales diferentes, el glandular y el estroma. Estas últimas están sometidas de un modo característico a las variaciones del ciclo. Antes de la ovulación su curso hacia la superficie de la mucosa es recto, pero bajo la influencia del cuerpo lúteo, se hace sinuoso, espial, reforzándose la gonada. Alm parecer la Progesterona produce un crecimiento de una intensa superioridad vascular. La circulación venosa se realiza por medio de una interna que recoge sangre de los dos rips de arterias y que en la época premenstrual, puede presentar dilataciones sacciformes, en diferentes puntos. La retracción de la mucosa se acompaña de una -- disminución medurable de la irrigación ya que su disminución de -- volumen comprime a las arterias especiales, las cuales están obligadas a describir aun más vueltas, los que contribuye a aumentar su estrangulación.

Las arterias alteradas permiten la salida de sangre por rexis, una falta mayor o menor del endometrio se esfacela y produce una serie de amplia herida que se epiteliza a partir de los --

restos glandulares. La nutrición continuada de la capa basal está asegurada por su propio sistema arterial que no toma parte en las alteraciones cíclicas. Posiblemente las alteraciones uterinas contribuyen a la hemostasia.

Merece especial interés el hecho de que a excepción de la mayoría de los primates, la regresión cíclica del endometrio en los animales que no quedan preñados, no se acompaña de hemorragia. El dilucidar si la placentación hemocorral del ser humano y de los monos tiene una significación homocausal, es todavía objeto de una discusión no concluida. Si bien es probable, que las arterias espirales son una condición previa para este tipo de placentación, también es seguro que existen hemorragias sin estos vasos.

La menstruación dura 4-5 días aunque puede fluctuar entre 7 u 8, o sólo algunas horas. La pérdida sanguínea oscila entre 50 y 150 cc. La sangre menstrual no se coagula; contiene algunas cantidades más de agua que la sangre venosa y su color es oscuro, estando mezclada con restos de tejidos. Parece ser bastante frecuente en éxtasis de retorno de un poco de sangre menstrual en las trompas y hasta en la cavidad abdominal según Nassberg y Mekay. En los últimos años se concede menos importancia a la formación de una menotoxina en la mucosa. Zondek, no pudo confirmar el hallazgo tan considerado por el matrimonio de Smith.

Al comienzo de la hemorragia pueden sentirse contracciones uterinas. En correspondencia en el descenso premenstrual de la formación de progesterona, desciende también la temperatura matutina.

Muchas mujeres sienten la aproximación de la menstruación. Cansancio, excitabilidad, alteraciones de carácter, etc; son síntomas frecuentes pudiendo hacerse notar, una serie de signos de disregulación vegetativa, que deben ser considerados como una reacción -

frente al fallo, relativamente rápido, de las hormonas sexuales.

Pubertad y menarquia.-

Como la primera hemorragia genital de la pubertad, la menarquia, se pone en marcha todas las funciones cíclicas de la mujer. Es de suponer que previamente ya existía unaperiódica del L. A. H., y que únicamente con la menarquia se sobrepasó el umbral de hemorragia. Todavía no se han realizado las investigaciones continuadas sobre la determinación del complejo gonadotropínico eliminado por la orina y los estrógenos, antes de la menarquia.

Laprogresión constante de formación de gonadotropinas y hormonas sexuales, se manifiesta por el desarrollo de los genitales y de los caracteres sexuales secundarios, que ya comienzan antes de la hemorragia. Frecuentemente, la menarquia va precedida de un acentuado crecimiento longitudinal del esqueleto, indiferentemente de la edad en que se presenta. Con ello la edad de la menarquia determina el tipo esquelético, siendo los caracteres femeninos más acusados con la menarquia precoz, que con la tardía, según Jacobson, ya que después de la menarquia se presenta un retraso decisivo en el crecimiento.

Los impulsos que ponen en marcha el sistema L. A. H.- ovario deben proceder del hipotálamo, ya que las gonadas de animales inmaduros se pueden estimular mediante la administración de gonadotropina.

El término medio de la menarquia, se ha desplazado de los 15 años a 13,5, siendo esta observación independiente de factores climáticos o geográficos, pudiendo suponerse que el desencadenamiento de esta madurez más precoz sea debido a los cambios en el régimen de vida, especialmente en la especie sexual.

Los primeros ciclos muestran frecuentemente una mayor amplitud

oscilación de los intervalos, no presentándose muchas veces el típico aumento prehemorrágico de la temperatura matutina que muestra la función de un cuerpo lúteo normal.

Con el comienzo de la función ovárica, se produce un crecimiento del útero, de las trompas y de la vagina, así como la impresión de los caracteres sexuales secundarios. El desarrollo de la Pubarquia y de la Telarquía aparece en este momento, sin embargo, desde el punto de vista clínico, el proceso más interesante de estos -- años, es la trenarquía.

Así mismo, existen otros factores; que influyen en la aparición de la primera regla, como son los factores raciales, hereditarios, alimenticios y psíquicos.

En España suele aparecer entre los 12 y 13 años, existen zonas, como sucede en el Norte, donde aparece hacia los 14 y en el Sur, donde por el contrario, se presenta antes de los 11.

Climaterio, Menopausia y Postmenopausia.-

La última hemorragia menstrual de la mujer corresponde a la menopausia. Como la menopausia, determina un momento de la vida de gran importancia para la interpretación de múltiples fenómenos clínicos; así como la menarquia es un suceso determinado dentro de la pubertad, la menopausia fija un periodo dentro del climaterio, el periodo en el cual la función ovárica especial de la humanidad ya desaparece lentamente. Este suceso fisiológico sería una característica especial de los seres humanos ya que en la mayoría de los animales especialmente en los primates la función ovárica no aparece hasta poco antes de la muerte.

En la mujer desaparece entre los 45 y 55 años, de la vida, promedio medio hacia los 48. En los casos de menarquia precoz, la menopausia suele presentarse más más tardíamente, desempeñando al parecer un papel importante, la constitución y el ambiente en los primeros tiempos de la menopausia existe al parecer una cierta función ovárica rítmica, que se manifiesta en un ciclo vaginal comprobable por el método del Pas.

La causa del climaterio y de la menopausia se encuentra en el ovario. Estos órganos están agotados. Los folículos en todos los estadios de la maduración, desaparecen progresivamente hasta que al fin, no existe ya ningún tejido reaccionante. Las ovulaciones y especialmente las formaciones de cuerpos lúteos pueden ya faltar mucho tiempo antes de la última hemorragia, regresando rápidamente la fertilidad.

Se llega a la formación de los pequeños ovarios de la anciana, con sus vasos esclerosados, la delgada corteza y las múltiples cicatrices consecutivas a las ovulaciones.

En la orina se observa el aumento de la eliminación de gonadotropinas lo que constituye un signo de que los ovarios han per-

dido su reactividad y producen menor cantidad de hormonas sexuales. Finalmente se produce la atrofia del endometrio.

El útero disminuye de tamaño y el cuello sufre una regresión desaparecen las bóvedas vaginales y en el curso de los años, se atrofia la mucosa de la vagina y los genitales externos.

Los caracteres sexuales secundarios pierden la plenitud de sus características haciéndose menos femeninas las formas corporales.

El climaterio se acompaña de alteraciones neurovegetativas, especialmente de tipo vasomotor, que pueden dar lugar a intensas molestias.

La amenorrea.-

La mujer que no ha sangrado nunca es una amenorreica primaria. Si las hemorragias mensuales faltan 4 meses, sin que exista embarazo, es una amenorreica secundaria. Como la menarquia puede aparecer tardíamente sólo se hablará de amenorrea después de los 18 a 20 años.

La diferenciación entre ambos tipos es sumamente interesante si se piensa que lleva aparejada una serie de consideraciones diagnósticas.

En todos los casos tiene importancia especial el decidir si el síntoma amenorrea, obedece a una alteración funcional del sistema L. A. H. ovario o a otras causas.

a) Amenorrea Primaria.- En esta forma desempeña un papel especial la existencia de malformaciones congénitas del aparato genital y la tuberculosis infantil adquirida del aparato genital, con destrucción del endometrio. La curva de temperaturas matutinas, la presentación de molestias periódicas en el sentido del dolor intermenstrual, así como otros fenómenos cíclicos, no limitados al aparato genital pueden demostrar en muchos casos, la existencia de una función ovárica normal. Lo que sucede es que falta el tejido sangrante o cuando existe no es visible. A veces, muy raras, falta una atresia vaginal, no se llega a producir la hemorragia y si se produce amenaza el peligro de Hematómetro y del Hematosalpinx.

La amenorrea puede acompañar a enfermedades graves de la corteza suprarrenal (síndrome adrenogenital, Cushing, Addison,) del lóbulo anterior de la hipófisis (craniofaringioma, tumores del área del III ventrículo) y otras glándulas endocrinas. Experimentos realizados en los monos por Gillmann y Gilbert, indican la importancia del déficit tiroideo para la producción del ciclo normal.

La amenorrea primaria, como síntoma de la génesis ovárica, es tratada en el síndrome de Turner. El cuadro del climaterio prepuberal o de la menopausia precoz puede ofrecer cierto parecido. En estos casos se ha perdido antes de la edad de adolescencia, la reactividad del ovario frente a los impulsos del L. A. H. Este diagnóstico se apoya en la elevada eliminación del complejo gonadotrópico y sobre todo en la falta de reacción del epitelio vaginal o la administración de gonadotropina.

Existen otras causas de amenorrea primaria como la que se presenta en mujeres cuyo endometrio no reacciona a la producción de hormonas, normalmente, sin que se puede demostrar histológicamente la existencia de alteraciones.

En estos casos suele observarse una hipoplasia uterina. Este diagnóstico sólo puede sostenerse cuando no se produce la hemorragia de substracción después de haber actuado aproximadamente 50mg de Estradiol en el curso de 3 meses.

Finalmente existen mujeres cuyo endometrio para por todas las variaciones cíclicas de una función ovárica normal, pero no sangran. Pueden incluso ser fértiles. Se trata de una forma especial que representa un aumento extremo de la hipomenorrea cíclica.

Queda otro tipo de amenorreas primarias de carácter permanente funcional, donde el tratamiento posee las mayores posibilidades de éxito, existiendo cierta semejanza con las más numerosas amenorreas secundarias. Este tipo funcional se caracteriza por la no existencia de enfermedades generales o trastornos endocrinos que puedan explicar la falta de la menarquia la cual no suele aparecer hasta los 20 años o se reduce a una hemorragia única en la edad de la pubertad. Se la debe considerar como amenorrea secundaria y tratarla en consecuencia.

b) Amenorrea secundaria.

En cada caso de amenorrea secundaria hay que excluir la posibilidad de un embarazo. Se diferencian por el estudio de la curva de temperaturas matutinas en el caso de embarazo, hay hipertermia. En la menopausia juvenil hay que demostrar que el ovario ya no es capaz de reaccionar frente a la estimulación normal con gonadotropina.

En los dos casos en que existen alteraciones anatómicas, adquiridas en la edad adulta, del L. A. H. ovario, suprarrenales u otras glándulas endocrinas la sintomatología de estas afecciones se encuentra dominando el cuadro clínico, no diferenciándose las condiciones de las presentadas por la amenorrea primaria. Lo mismo ocurre con las enfermedades graves del metabolismo que se manifiestan por obesidad o delgadez excesivas. Entre las afecciones la enfermedad de Sheehan tiene una importancia especial; a continuación del parto puede formarse necrosis del L. A. H. desempeñando un papel causal, el shock del parto, precipitaciones de fibrina, en ciertas formas de toxicosis grave y trombosis locales. Estas características del Sheehan hacen que las afectadas recurran raramente al médico, por lo que llevan una vida muy penosa y reducida en todas sus actividades. Llama la atención la pérdida del vello sexual, del pigmento cutáneo. Por cierto, que el pelo de la cabeza conserva, durante un tiempo sorprendentemente largo, su color natural. El peso corporal es normal o ligeramente aumentado.

La llamada anorexia nerviosa corresponde probablemente a un estado de agotamiento cuya localización parece corresponder al hipotálamo.

Generalmente los tumores y anexitis, que destruyen ampliamente los ovarios, no se manifiestan por alteraciones del ciclo, mient

tras exista tejido glandular funcionando.

En las infecciones agudas graves, puede presentarse una amenorrea, que no presenta mayor importancia, en el marco de la enfermedad general, ya que desaparece con ésta. La tuberculosis sólo provoca amenorrea en sus formas más graves.

Finalmente entre las causas más frecuentes de amenorrea hay que incluir las condiciones ambientales. Durante la última guerra y en la postguerra, millones de observaciones han llamado nuestra atención sobre estados que anteriormente sólo se observan de un modo aislado. En condiciones de vida desfavorables, son frecuentes las amenorreas. Entre los millones de mujeres desplazadas de su patria cientos de miles, perdieron sus hemorragias periódicas que en la mayoría volvieron a aparecer, al regresar a sus condiciones normales de vida. Basándose en estas observaciones se han creados los conceptos de amenorrea del servicio obligatorio, de los campos de concentración, de guerra, de huida, de hambre, desempeñando un papel insignificante en su aparición, el fuerte trabajo corporal, el déficit alimenticio y los estados de hambre que en muchos de estos estados pueden ser excluidos según vimos en trabajos de Kanfman y Muller, Bass, Whitacre y Barrera, Marthus y Heynemann.

Todos estos autores las interpretan como una cesación en las funciones del L. A. H., desencadenada por el hipotálamo, lo que indica de una manera más o menos clara, que el hipotálamo es influenciado por la psiquis.

Otras muchas amenorreas que se nos presentan, fuera de estos de necesidad avanzados obedecen igualmente a causas que perturban la armonía asímica de la mujer y en estos, el éxito depende de la habilidad y de la experiencia del médico.

LAS HEMORRAGIAS FUNCIONALES

Son hemorragias funcionales aquellas irregulares que sobrepasan ampliamente el nivel de las menstruales y que son atribuidas a alteraciones de la función ovárica. Después de la amenorrea son las más frecuentes e importantes de las disarmonías funcionales del ovario.

Cuando durante la madurez sexual se precisa la extirpación de los ovarios, se presenta una hemorragia uterina a los 2 o 5 días, que dura varios días.

Esta observación permite establecer la siguiente conclusión: Si se le privan rápidamente al organismo las hormonas ováricas, el endometrio reacciona con una hemorragia.

En la primera mitad del ciclo ovárico, el ovario, produce preferentemente estrógenos, y como la castración conduce a la hemorragia también en esta época debe ser suficiente la sustracción de estas hormonas. En la segunda mitad del ciclo se produce junta a los estrógenos, Progesterona del cuerpo lúteo.

Si en la segunda mitad del ciclo se extirpan el cuerpo lúteo sólo, se produce rápidamente una hemorragia, siendo menor el intervalo existente entre la operación y la salida de sangre que después de la castración en la primera mitad del ciclo, de lo cual se desprende que el endometrio reacciona con más rapidez y mayor sensibilidad a la falta de Progesterona. La supresión aislada de estrógenos puede provocar la hemorragia. Cuando los estrógenos influyen en el endometrio durante más de 5 semanas, un déficit relativo de hormonas puede provocar una hemorragia cuya característica es su falta de cesación espontánea y a la cual Allen ha designado con el nombre de "break thrange bluding".

Al comienzo de una de estas hemorragias el endometrio ofrece un cuadro completamente característico con una gran proliferación y formación de quistes, que recibe el nombre de hiperplasia glandular quística y presenta un aspecto característico. La hemorragia tiene lugar a partir de la superficie y la sangre es coagulable. De este cuadro histológico, se puede sacar la conclusión de que los estrógenos, sin acción simultánea de la Progesterona, estimulan durante tiempo a la mucosa que al comienzo de la hemorragia, su acción proliferante ya no es suficiente en relación con el desarrollo de la mucosa.

Ya hemos indicado que la Progesterona sólo es capaz de su acción en presencia de dosis fisiológicas de estrógenos. Cada supresión de la progesterona provoca la hemorragia tanto si la hormona actuó durante 14 días o más, o sólo un día en cuyo caso el estado de la mucosa apenas si puede diferenciarse del que presentaría por la sola acción de los estrógenos. Si duró la administración más de 10 días la mucosa sufre generalmente una destrucción análoga a la de la menstruación femenina. La sangre es incoagulada.

El déficit relativo de Progesterona provoca la aparición de una hemorragia igualmente que el déficit relativo de estrógenos.

De todo esto se deduce que la mucosa del endometrio sangra siempre que se la priva o no se le ofrecen, en cantidad suficiente las hormonas que dirigen su desarrollo.

En las hemorragias funcionales en las que el hígado muestra predominantemente los efectos de los estrógenos el sistema L. A. H. ovario muestra un rendimiento mayor que en la amenorrea, pero menor que en el ciclo.

Durante la madurez sexual la etiología obedece a los mismos factores que la amenorrea secundaria. La acumulación especial de es

tas alteraciones en el climaterio y su presentación a continuación de la menarquia.

Las hemorragias procedentes de mucosas enfase secretoria pero en diferentes estados de regresión casi siempre se acompañan de signos de retracción.

Por anamnesis se suele llegar fácilmente al diagnóstico por el largo intervalo desde la última menstruación. Si se puede obtener moco cervical y éste sólo se puede estirar 1 ó 2 cm., se tratará de una acción de la Progesterona.. Si se puede obtener un hilo más largo es más probable que nos enfrentemos con una hiperplasia. La obtención de cristales en forma de helecho habla en favor de una acción estrogénica. Por medio del microlegrado se desechará la posibilidad de una enfermedad orgánica.

Cuando la hemorragia no cesa después de un tratamineto hormonal, apropiado, se puede excluir la existencia de un trastorno ovárico.

DESVIACIONES DEL RITMO.-

Sólo el 1-2% de las mujeres sangran con regularidad cada 28 días la mayoría presentan oscilaciones de 3-4 días, de más o de menos, siendo el término medio de 4 semanas. Pero existen casos aislados en los cuales las oscilaciones son de tal naturaleza que es imposible calcular la fecha de ovulación. A estas mujeres se les puede aplicar las palabras de Fraenkel: "Lo único regular en la regla, son sus irregularidades".

Sin que existan alteraciones dignas de mención, una mujer puede presentar en el curso de los años, oscilaciones del intervalo menstrual que se desvían más de 10 días del término medio de las 4 semanas. Frecuentemente las causas consisten en: viajes, traumas, enfermedades intercurrentes, etc. Esto se ve con frecuencia cuando

la mujer anota regularmente sus ciclos.

El caso especial es aquél en que los intervalos menstruales tienen 3 ó 5 semanas de duración. En el primer caso puede tratarse de una ligera tendencia a la oligomenorrea con ligera disminución de la fertilidad. En el segundo puede ser por que la ovulación se produzca regularmente a continuación de la menstruación o hasta durante ella con tiempo funcional del cuerpo lúteo: o que esté acortado el tiempo funcional de este órgano.

Hasta ahora se han descrito desviaciones del ritmo en las cuales todavía se reconoce una periodicidad. La oligomenorrea consiste en la aparición rara de hemorragia, a intervalos irregulares, precedidos de una ovulación. Si falta esta, se trata de hemorragias funcionales. Mientras que exista una ovulación hay posibilidades limitadas, de fecundidad, estando prolongada la fase preovulatoria del ciclo. Ocasionalmente las hemorragias de la oligomenorrea, con ovulación son tan débiles que se puede hablar de la coexistencia de -- una hipomenorrea.

En contraposición con la oligomenorrea, en la Polimenorrea se presentan hemorragias frecuentes con intervalos irregulares. Cuando se pueden excluir las causas mecánicas de hemorragia el análisis de estos casos demuestran frecuentemente la existencia de hemorragias ovulatorias especialmente intensas, más frecuentes en muchachas jóvenes,

En casos aislados la temperatura matutina medida durante meses produce, con mucho el máximo rendimiento para hacer el diagnóstico. Ocasionalmente el legado asegurará la existencia de una probable ovulación.

HIPO E HIPERMENORREA.-

La amplitud de las oscilaciones en la intensidad de las hemo-

rragias menstruales, es muy grande, especialmente si se toman en consideración mujeres de diversas razas y culturas. La hipomenorrea o menstruación limitada a un día o a unas horas, es un fenómeno frecuente en la consulta de todo médico. Lax, es el autor de una descripción amplia de este cuadro clínico. En general, las pacientes acuden al médico con la preocupación de la menor valía de su feminidad. Llama la atención una cierta labilidad de estas pacientes y la frecuencia de la obesidad. En ocasiones se observa simultáneamente un cuadro premenstrual bien definido.

El síntoma puede estar condicionado por la destrucción parcial del endometrio a consecuencia de una tuberculosis, a continuación de un parto o en el curso de afecciones virilizantes de la corteza suprarrenal o del ovario antes de que se instaure la amenorrea. En la mayoría de los casos apenas si se puede demostrar la existencia de alteraciones endocrinas especialmente del ovario. La función del endometrio no presenta ninguna desviación de la normalidad. Si una de estas mujeres se transforma en amenorreica puede tratarse de un caso de hipomenorrea, de grado más elevado, con función ovárica y fertilidad normales, o de una amenorrea genuina. En este último caso hemos observado que la administración de hormonas a dosis fisiológicas o en cantidades que sobrepasen esta dosis en ambas direcciones, no influyen la magnitud de las débiles hemorragias de substracción. En estos casos hay que contar con la existencia de un mecanismo desconocido que posiblemente no tiene ninguna relación con las hormonas sexuales.

Bajo el cuadro de Hipermenorrea pueden albergarse alteraciones completamente diferentes. Es necesario excluir las enfermedades orgánicas. Hay dos tipos : 1ª Mujeres que presentan siempre una ligera pérdida de sangre, algunos días antes de la verdadera menstruación.

ción , que generalmente se presenta con el descenso de la temperatura. Estas hemorragias duran más de 8 días. Ambos tipos de hemorragias están todavía sin aclarar desde punto de vista endocrinológico, no sabiéndose si pueden separarse etiológicamente. En el 2º tipo si se practica un legado a los 5 días del comienzo de la hemorragia muestra un endometrio característico que tambien se observa en los úteros extirpados a quien en Alemania llaman irregular shedding. Aparece generalmente después de los 30 años y se acompaña de un descenso prolongado de la formación Progesterona según trabajos realizados por Mc. Kelvey y Samuels.

EL CICLO ANOVULADOR.-

En la madurez sexual este cuadro de repetición periódica de hemorragias sin ovulación, es muy raro. Lablart, encuentra este fenómeno de una forma aislada entre las mujeres de 18 a 40 años que habiten en Marburg y Colonia y que aparece la mayoría de las veces intercalado entre varios ciclos ovulatorios.

La explicación más probable a este proceso que es considerado como la causa principal de la esterilidad es que los ovarios presentan una formación escasa de Progesterona que no puede abarcarse histológicamente en el endometrio y se produce una hemorragia de débito en un endometrio no transformado.

Sólo se puede diagnosticar con seguridad cuando se investiga histológicamente el endometrio un poco antes o durante el comienzo de la hemorragia.

EL SINDROME DE STEIN-LEVENTHEL.-

Hace unos años, en 1935 fué descrito un síndrome por Stein Leventhel . En los casos de amenorrea primaria y frecuentemente en la secundaria, pero tambien en los trastornos de la hemorragia fun-

cionales, puede observarse simultáneamente la presencia de un hirsutismo más o menos pronunciado. El trastorno se presenta más frecuentemente hacia el final del segundo decenio de la vida y durante el tercero si se opera a estas mujeres, se encuentra frecuentemente un cuadro típico. Los ovarios son anormalmente grandes, de superficie blanca o gris perla, transparentándose numerosos folículos terciarios a través de la corteza, lo que produce una apariencia quística. No se encuentran signos de ovulación en los últimos meses. Si se seccionan parece una hiperplasia medular que es la causa principal del aumento de tamaño del órgano: la alteración que suele ser bilateral.

Westman llama la atención sobre la presencia de hiperplasia de la teca interna.

Los 17 K son normales, el nivel de estrógenos estaría más bien disminuido y el endometrio y frotis vaginal no presentan particularidades especiales. Pero a pesar de que algunas veces se hallan los ovarios engrosados el diagnóstico sólo se establece durante la laparatomía.

Phillipp y Stange han descrito ovarios de Stein-Leventhal en el síndrome adrenogenital.

DISMENORREA, SÍNDROME PREMENSTRUAL Y ENDOMETRIOSIS.-

La dismenorrea se encuentra en mujeres con ciclo normal en las cuales se presente periódicamente una hemorragia menstrual a continuación de una ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo. Tanto en la primaria como en la secundaria, sobre la base de una afección orgánica no se observan alteraciones de la función ovárica. A veces una ligera hipoplasia uterina que se admite como origen de ciertas amenorreas pias. Aunque la dependencia no parece ser segura ya que existen mujeres con úteros infantiles completamente l

libre de molestias.

El ambiente, la educación, las formas de vida y el tipo de educación psíquica, desempeña un importante papel en esta afección. Afecta generalmente a mujeres muy sensibles, de constitución asténica y con ligeras alteraciones vegetativas.

En cuanto al síndrome premenstrual es corriente en caso todas las mujeres muy sensibles, en los días que preceden a la menstruación. Estas alteraciones pueden ser de tal género que obliguen a la intervención del médico y Frank en 1931 lo describió bajo el nombre de tensión premenstrual. Hay sensación de plenitud del hipo gástrico, tensión y dolor en las mamas, excitabilidad, cansancio, sensación de mareo, cefaleas, y alteraciones del carácter de tipo depresivo, con insomnio y nerviosismo general.

Una parte de los síntomas es explicable por la formación hormonal cíclica normal del ovario ya que el vértice premenstrual de la formación de estrógenos y Progesterona y el aumento del volumen de las mamas pueden desencadenar una sensación de tensión a este nivel.

La escuela francesa lo achaca a la hiperproducción de estrógenos pero no tenemos demostración segura.

Finalmente, la endometriosis provoca a la mujer, cuadros de dolores premenstruales y menstruales en la pelvis. El endometrio y los focos endométricos, sufren las alteraciones de volumen correspondientes de la menstruación, lo que corresponde con la mayor intensidad de los dolores provocados por el aumento de tensión en los focos cerrados.

MENOPAUSIA.-

La transformación experimentada en la mujer, desde la madurez sexual a la cesación de esta función puede estar ligada en una par

te de las mujeres que sufren molestias considerables. No puede indicarse nada concreto sobre la frecuencia de estas manifestaciones, - ya que el médico sólo ve a las mujeres que sufren con intensidad - bajo los fenómenos del déficit. Se quejan de sensación de calor súbito, que asciende desde las extremidades inferiores a la cabeza y que suele ir seguida a los pocos minutos de una sensación desagradable de frío: Por las noches despiertan frecuentemente bañadas en sudor. Y es frecuente la aparición de dolores de cabeza, ataques de palpitaciones cardíacas, sensación de mareo, etc.. Otras manifestaciones bruscas con cierta rigidez de miembros, sensación de debilidad general, depresión, sensación de miedo inmotivado con cansancio general en las distintas formas de insomnio. La nerviosidad, la debilidad de concentración, la sensación de la propia inferioridad, la desconfianza frente a todo el mundo, dificultades con la familia o con el marido, así como, con los hijos ya casi adultos la tendencia a hacer sentir a los demás la propia insuficiencia, son síntomas que llaman la atención a las personas que las rodean. Las molestias pueden presentarse meses o años de cesar la menstruación y prolongarse otro tanto tiempo después de la última hemorragia.

La relación entre las molestias y el apagamiento de la función ovárica se desprende por una parte de la observación que se presenta con especial intensidad a continuación de una castración quirúrgica o de una irradiación intensiva y por otra de su desaparición en el 80% de las mujeres por medio del tratamiento estrogénico, lo que constituye una prueba de que no tienen relación con el apagamiento de la función ovárica. Desde hace años, se piensa en la relación de la falta de inhibición del L. A. H. y del hipotálamo a consecuencia del déficit hormonal. Hasta ahora no se ha impuesto ninguna concepción inhibitoria definitiva.

Por una parte la intensidad de las molestias estaría en relación con el aumento de la eliminación urinaria del complejo gonadotrópico, por otra las molestias pueden ser disminuídas con dosis de hormonas sexuales que no influyen de un modo digno de mención aquella eliminación.

Según parece las molestias del climaterio, están en relación con la constitución, el curso de la vida, el temperamento, la concepción de la vida y el ambiente de la mujer. Los factores psicológicos desempeñan un papel importante.

CAPITULO III .- FISIOPATOLOGIA

ALTERACIONES HIPOFISARIAS.-SU RELACION CON LAS ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL.-

HIPOFISIS.-

Se han descrito por Severing Haus (13) y Ellison y Wolfe (21) modificaciones cíclicas en la hipófisis. Existe un ciclo hipofisario característico, en el cual se observa, durante la fase folicular del mismo, un estado de gran abundancia de elementos PAS - positivos en las células basófilas, que se acompañan de una brusca deplección de estos elementos en el momento de la ovulación y durante la fase luteínica (24-48).

Según Botella interpreta este fenómeno como el lento almacenamiento de hormonas gonadotropas durante la primera fase del ciclo -- y bajo el estímulo específico de los estrógenos y una brusca deplección en el momento de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo. En la última parte del ciclo predominana, sobre todo, los elementos eosinófilos y quizá según Botella Llusia, por la influencia de éstos se segregan hormona lactotropa (37-51), la cual en el ciclo normal tiene la misión de mantener vivo el cuerpo amarillo.

Las investigaciones realizadas por Aron de Loeser (19-47) de mostraron la existencia de un principio hipofisario estimulador del tiroides, principio activo que produce sobre el cuadro histológico del tiroides modificaciones características y significativas de su estimulación, reabsorción de la colide, proliferación y poliestratificación del epitelio y aumento de mitosis que produce un aumento en las funciones de dicho órgano. Y ya Botella Llusia, ha descrito la influencia que tiene sobre el ciclo menstrual y en el climaterio.

La hormona adenocorticotropa ACTH del lóbulo anterior de la

hipófisis, ha sido demostrada por Anselmino y Hoffman (5) Jores -- Jores(42) Selye Collip y Thompson (50). Tienen una enorme importancia en obstetricia y Ginecología, siendo muy importante su significado en el organismo femenino.

ACCION SOBRE LA VIDA SEXUAL

La hipófisis influye sobre la vida sexual mediante la acción de tres hormonas:

- 1.- Gonadotropina A.(FSH). Estimula la gametosis en el macho y la hembra.
- 2.-Gonadotropina B.(LH ; ICSH), que promueve la formación del cuerpo amarillo. Factor luteotrópico.

GONADOTROPINAS; Son hormonas que actúan estimulando la función de las gonadas, tanto en el ovario como en el testículo. Botella Llusá, ha demostrado recientemente que las gonadotropinas estimulan también la corteza suprarrenal en su función sexual. Tanto la gonadotropina A como la B, son segregadas, son segregadas en el sexo femenino de una forma cíclica o si en la primera mitad del intermenstruo se segrega predominantemente L. H.

Factores que condicionan la secreción de gonadotropinas por la hipófisis.-

Acción del hipotálamo en la secreción de gonadotropinas.-

Se ha demostrado que la sección del tallo hipofisario suspende la secreción de gonadotropinas. Así como la excitación eléctrica de ciertos centros hipotalámicos y del suelo del tercer ventrículo - produce una descarga específica de gonadotropinas, se ha demostrado que la inyección de progesterona en el tercer ventrículo condiciona una excitación hormonal de los centros del hipotálamo y provoca un aumento del estímulo nervioso a la secreción de gonadotropinas.

El sistema porta diencefálico hipofisario, desde el hipotálamo a la hipófisis, podría explicar el paso de "mediadores anímicos", de carácter adrenérgico o colinérgico, que serían los excitantes de la secreción del lóbulo anterior de la hipófisis.

Mayer, Leonard (30) y otros, en 1.931, demostraron que pequeñas dosis de estrógenos estimulan la hipófisis en su formación de gonadotropinas y que grandes dosis la inhiben.

La hormona tiroidea produce un aumento de la secreción de hormona folículo estimulante (FSH), mientras que la tiroidectomía produce una ausencia de secreción de esta gonadotropina, con falta de maduración folicular.

Endocrinopatías hipofisarias en relación con el sexo.-

Es el objeto de nuestro trabajo buscar la relación que existe o puede existir entre las endocrinopatías y el ciclo menstrual. Por tanto, hemos de limitarnos en el presente a hacer una rápida-revisión de las distintas endocrinopatías. Comenzaremos por las alteraciones de la hipófisis en aquello que tenga relación con la función sexual y el ciclo menstrual.

La patología de la hipófisis se encuentra en la actualidad en plena revisión; una serie de conceptos antiguos ha sido renovada y otros están en vías de ser transformados en un futuro próximo. Sobre todo, las que antiguamente se creían enfermedades puramente hipofisarias se ha demostrado que son afecciones hipotalámicas. En muchos aspectos los trastornos hipotalámicos predominan hoy día sobre los trastornos hipofisarios en la producción de síndromes de este tipo.

CLASIFICACION.-

Según Botella Llusá, de quien hemos tomado la siguiente clasificación, los agrupa en trastornos hipofisarios, en endocrinopatías propiamente glandulares, y en enfermedades hipotálamo-pituitarias.

Absoluto { Síndrome de Simmonds
Síndrome de Sheehan

HIPOPITUITARISMO

Relativo { Hipopituitarismo gonadotropo
Hipopituitarismo córticotropo
Hipopituitarismo tireotropo

HIPERPITUITARISMO

{ Somatotropo { gigantismo
acromegalia
Córticotropo: Enfermedad de Cushing
Gonadotropo
Lactotropo

AFECCIONES HIPOTALAMO-
PITUITARIAS

{ Síndrome adiposo-genital
Pubertad precoz hipofisaria
Obesidad hipofisaria
Adenoma cromóforo
Diabetes insípida
Craneofaringioma
Anorexia nerviosa

Las primeras son aquéllas en que se trata de una alteración pura de la glándula. Las segundas son aquéllas en las que están afectados los núcleos grises de la base del encéfalo.

En el estudio de la patología hipofisaria distinguimos síndromes de hipofunción y de hiperfunción.

Entre los primeros hemos de incluir el gran hipopituitarismo primario absoluto tal y como se presenta en la enfermedad de Simmonds, y ciertos hipopituitarismos relativos, algunos de los cuales, son muy importantes en la esfera del sexo.

Perkins y Ryneorson (45) hacen hincapié en que recientemente se tiende a disminuir la importancia del síndrome de Simmonds, ya que la mayoría que han sido descritos como caquexia hipofisaria -

no son tales, sino manifestaciones de enfermedad hipotalámica.

Hemos de tener muy en cuenta en nuestro trabajo, por el gran interés que tienen las pequeñas hipofunciones que afectan partes aisladas del sistema endocrino, tales como las gonadas, el tiroides o las suprarrenales, especialmente la primera de éstas insuficiencias parciales es extraordinariamente interesante.

En los hiperpituitarismos, incluiremos, no sólo el gigantismo, la acromegalia y el basofilismo pituitario, sino que debemos analizar también ciertos hiperpituitarismos parciales que determinan afecciones en la esfera sexual, tal como ocurre con el hiperpituitarismo gonadotropo, el hiperpituitarismo lactotropo, el síndrome de Froelich, la pubertad precoz, la obesidad hipofisaria, - los adenomas cromófobos, el cráneo precoz, la obesidad hipofisaria, los adenomas cromófobos, el cráneo faringioma, el síndrome de Turner, la anorexia nerviosa.

Dado el estado actual, y basados en las investigaciones realizadas por Escamilla y Lissner (15), Shechans y Summers (48), Perkins y Rinearson (45), quienes han descrito y discutido recientemente la relativa importancia de los hipopituitarismos totales, - que según estos autores, la mayoría de las veces no son enfermedades hipofisarias, sino que están en relación con otros cuadros. Los primeros sólo aceptan como tales muy pocos de los que se han descrito en la literatura mundial.

Síndrome de Simmonds. - En esta enfermedad la hipófisis se encuentra a veces reducida o transformada por su inactividad, por la lesión en simple tejido fibroso funcionalmente inactivo; por esa inactividad es fácil deducir la repercusión que pueda tener -- sobre el ciclo menstrual, ya que se produce frecuentemente, una -- atrofia concomitante de las cápsulas suprarrenales y las gonadas.

Se debe a una pérdida total de la función del lóbulo anterior (que viene a corresponder a la hipofisectomía experimental o quirúrgica) que se caracteriza en un fallo consecutivo en todas las glándulas en que recae la acción hormonal hipofisaria, tales como las gonadas, la corteza suprarrenal, el tiroides, etc.. El cuadro clínico, en lo que a nuestro trabajo se relaciona, se manifiesta por amenorrea secundaria, atrofia genital, hipotermia, hipometabolismo, emaciación y caquexia, hipocorticolismo. Paralelamente a la atrofia hipofisaria. Se observa atrofia de las distintas glándulas de secreción interna. En la mujer los ovarios aparecen rudimentarios y atroficos, y consiguientemente, amenorrea, pérdida de la libido y atrofia de todos los genitales internos y externos.

Síndrome de Sheehan..- Aparece con bastante frecuencia en el momento del puerperio. El, mérito de Sheehan ha sido, más que el de describir el síndrome, el de señalar la importancia de la necrosis de la glándula, que según los trabajos de Smith (50), Worms y Delater (50), hace falta que se necrose una zona muy importante: el 70% de la glándula.

Suele acompañarse de agalactia, adelgazamiento, frialdad, caída del vello axilar y púbico, obnubilación del sensorio. En la esfera genital se produce una amenorrea muy duradera, hiperinvolución uterina y genital, órganos sexuales externos atroficos, citología vaginal atrofica, lo mismo que el endometrio, y se aprecia una ausencia de eliminación urinaria de hormonas sexuales: las 17 K y las 11-oxiesteroideas están muy disminuidas.

Hipopituitarismo gonadotropo..- Es un hipopituitarismo relativo; este término se usa para oponerlo al gran hipopituitarismo absoluto que acabamos de estudiar. Está caracterizado por la disminución de uno o varios principios activos de la hipófisis, pero

manteniendo en general la función global de ésta y no afectando, -
por tanto, más que a esferas aisladas de la economía.

Según Botella, distingue cuatro variedades de este hipopituitarismo parcial.

- [illegible]

Hipopituitarismo gonadotropo constituye una afección muy frecuente e interesante dentro de la endocrinología femenina.

Las investigaciones de Buchanan (63), Buston (13), que han señalado la existencia de atrofia sistematizada de un orden determinado de células hipofisarias, por lo común, las eosinófilas. Shelton (14) y Wohl (15) han descrito la ausencia de células cosmófilas o sea desaparición por infarto, calcificación, sífilis o tuberculosis. Esta forma de hipopituitarismo es, sobre todo, frecuente en mujeres jóvenes: las manifestaciones genitales de esta insuficiencia gonadotropa pueden presentarse fundamentalmente en tres periodos de la vida: a) en la fase pre-puberal; b) en la juventud y c) en la madurez. Cuando se presenta en la fase pre-puberal dan lugar a la aparición de un retardo en la pubertad que se traduce en la esfera sexual por una amenorrea esencial, de origen pituitario. Si el hipogonadismo es puro, la combinación con enanismo no se observa; pero es muy frecuente que se afecte también la porción somatotropa, y entonces observamos estos casos de infantilismo genital, con retardo del crecimiento, falta completa del vello axilar y pubiano, el aparato genital es extraordinariamente atrófico o infantil, con amenorrea esencial y estado de infantilismo prolongado.

En la época juvenil y adulta estas manifestaciones hipopituitarias dan lugar más bien a cuadros de amenorrea secundaria o de oligomenorrea secundariamente establecida. El útero aparece con carácter regresivo; las mamas se atrofian; el vello pubiano y axilar se cae. Un cuadro parecido al anteriormente descrito se puede instaurar en la lactación prolongada, que se traduce en lesiones parciales hipofisarias.

Hipopituitarismo parcial córticotropo.- Aparece, por lo general, en mujeres jóvenes, en las cuales un fallo en la secreción de ACTH determina una insuficiencia suprarrenal; ha sido negada - por algunos autores (Marañón, 33). Sin embargo, para Botella Llusá en estados ginecológicos y, sobre todo, obstétricos, se ha visto - con relativa frecuencia. No otra cosa que una insuficiencia de este tipo es lo que según él (Botella, 4) determina el fallo suprarrenal del primer trimestre de la gestación, que está íntimamente implicado, según Botella, en la etiología de la hipermesis gravídica.

En cuanto al hipopituitarismo tireotropo, éste tiene una gran importancia, sobre todo, cuando se combina con el gonadotropo. Se caracteriza en la esfera sexual por un retraso en el crecimiento de todos sus órganos genitales, tanto externos como internos y amenorrea secundaria.

HIPERPITUITARISMO

Al contrario de lo que ocurre en la insuficiencia de la glándula, los hiperpituitarismos son siempre parciales. No se conoce - ninguna afección en la que toda la glándula esté exaltada. En realidad, la hiperfunción hipofisaria total no existe; lo que hay, son - distintos grados de despituitarismo en los que fallan unas funciones y otras, por el contrario, están exaltadas. La forma más característica del hiperpituitarismo, se presenta en los adenomas hipofisarios

Recientemente Klinefelter, haciendo una revisión de conjunto sobre los adenomas pituitarios publicados en la literatura, llama la atención diciendo que la mayoría son cromóforos, es decir, adenomas que no alteran sino muy discretamente la función glandular.

Les siguen en frecuencia, un 25%, los eosinófilos y por último, los basófilos con sólo un 3%.

Hipopituitarismo somatotropo: Acromegalia y gigantismo.-

Estas afecciones son producidas corrientemente por una hiperplasia o un adenoma eosinófilo. El que se produzca en unos casos la acromegalia y en otros el gigantismo, depende del momento de la aparición de la hiperfunción hipofisaria. Si ésta aparece en el momento de la pubertad, se manifiesta con las características de un gigantismo; por el contrario, si aparece una vez cerradas las epífisis de los huesos largos. Se manifiesta con la característica de la acromegalia; éste es el síndrome que más comúnmente aparece asociado a estas endocrino-sexuales, caracterizado por alteraciones sexuales muy importantes. Llama poderosamente la atención el aumento de la libido en los primeros estadios de la enfermedad, que posteriormente pasa a un estado de total indiferencia y atrofia sexual. Las irregularidades menstruales son corrientes en el comienzo de la afección, observándose metrorragias; después amenorrea y menopausia precoz, cambios marcadamente regresivos en los órganos genitales: vagina, útero y ovarios, que en algunos casos se han observado poliquísticos, que se han relacionado con una aumento de gonadotropina A en la primera fase de la afección.

HIPERPITUITARISMO CORTICOTROPO

Síndrome de Cushing.- En 1932 describió Cushing un síndrome caracterizado por obesidad, especialmente localizada en el cuello y tórax, amenorrea por un adenoma basófilo de la hipófisis. Posterior

mente, en 1939 , Assman (1), Crooke y Callow(2), descubrieron un cuadro clínico muy semejante al descrito por Cushing, pero estos autores observaron que la hipófisis era normal, y que había sido producido por un tumor maligno que afectaba a las cápsulas suprarrenales. En 1950 Gebauer y Linke (3) en sus investigaciones han corroborado de los otros autores. Las diferencias clínicas y fisiopatológicas entre ambos estados han sido expuestas por Botella Llusá (2) en 1953. Para este autor el síndrome de Cushing se caracteriza por una hiperfunción de la corteza suprarrenal en su aspecto metabólico, mientras que el síndrome adrenogenital se caracteriza por la hiperfunción de la corteza suprarrenal en su aspecto sexual, que se manifiesta en la mujer porque al comienzo de la enfermedad desaparecen las reglas, y en algunos casos se manifiesta la aparición de un tipo de hirsutismo masculinizante con tendencia a la virilización.

Hiperpituitarismo gonadal..- El hiperpituitarismo gonadal, según los trabajos de Botella Llusá, constituye una entidad más frecuente de lo que a primera vista pudiera creerse. Un hiperpituitarismo gonadotropo puede producirse de una manera fisiológica o casi fisiológica en curso de la vida, especialmente en la menopausia. De la misma manera las mujeres castradas presentan un hiperpituitarismo de este tipo que se caracteriza por una elevación de la excreción de gonadotropina gametocinética (FSH) y un aumento, aun que menor, de la eliminación de gonadotropina excito intersticial (LH), que se traduce en la esfera sexual con persistencia folicular o folículoluteínica que se acompaña de amenorrea. En gran parte, el síndrome de Londek, o amenorrea polihormonal, y el síndrome de Stein de los ovarios polimicroquísticos, están determinados por este hipergonadotropismo. Según Botella Llusá, este aumento de hormona gonadotropa conduce a una maduración conjunta de muchos folículos,

con atresia de los mismo y producción de una hipertecosis. Entonces, al cuadro de la amenorrea se acompaña el de una virilización, y sus manifestaciones en el ciclo menstrual comienzan primero por ser abundantes, pero retrasadas, y paulatinamente van apareciendo baches amenorreicos, hasta llegar a instaurarse una amenorrea completa. Esta es de tipo hiperhormonal y no se acompaña de atrofia de de los órganos sexuales, sino que, por el contrario, el útero es grande, la vagina, normal. La mujer presenta con frecuencia un aumento de la libido, y a veces, también una discreta virilización.

HIPERPITUITARISMO GALACTOTROPO.— Schachter (13), en 1942 describió un cuadro caracterizado por lactación persistente largo tiempo después de una crianza fisiológica, y amenorrea. Fue ampliamente descrito por Mendel (14) en 1946. Según este autor, se trata de mujeres que prolongan exageradamente la crianza de los hijos, y en las que se establecía un cuadro de atrofia genital secundaria con amenorrea secundaria, disminución del tamaño del útero, atrofia vaginal de los labios mayores y menores y galactorrea.

Botella Llusia, ha observado 7 casos y cree que la etiología sea una excitación neurogénica del lóbulo anterior de hipófisis a producir prolactina, y que lo mismo que el hiperpituitarismo gonadotropo. Este hiperpituitarismo galactotropo es una afección de tipo neurogénico, en la que la etiología estriba en una excitación permanente de los centros del hipotálamo; y que la atrofia genital se debe no sólo a la falta de secreción de hormona gonadotropo, sino también a la acción frenadora del ovario que tiene la prolactina.

SÍNDROME ABD

Con el nombre de síndrome ABD, de Marañón y el de obesidad febril parabasedwiana con cefaleas de Netter y cols. se describen dos cuadros publicados casi conjuntamente, semejantes en forma y contenido, y con idénticas sintomatología clínica.

Dicho cuadro fué individualizado por Marañón a principios de 1949 en un trabajo publicado en el *Día Médico* en Buenos Aires. Llamó poderosamente la atención del autor entre las formas neurogenas y atípicas de la enfermedad hipertiroidea, una no citada por los autores al describir esta enfermedad, por su relativa frecuencia y porque su perfil clínico se presta particularmente a error diagnóstico. La denominó con el nombre de Adiposidad-Basedow-Distemia (Síndrome ABD). Consiste en la asociación de su estado de adiposidad discreto o marcado, con una distemia del tipo de la febrícula prolongado y con síntomas más o menos expresivos de hipertiroidismo.

La presencia de adiposidad en un síndrome hipertiroideo parece llamativa y aun paradójica, ya que el concepto de hipertiroidismo suele ir invariablemente ligado al de delgadez; pero no es un hecho nuevo. En las clásicas descripciones de bocio exoftálmico no en las de adenoma tóxico, sino en las formas neurógenas y no tirógenas, se cita alguna vez la adiposidad o al menos un buen estado de nutrición que contrasta con el habitual adelgazamiento. Sattler, West, Mackenzie y Kocher a comienzos de siglo describieron el bocio exoftálmico con adiposidad. La pluma tireotoxicosis de los norteamericanos tiene su remotas raíces en Europa. Esta adiposidad es de tipo inferior, predomina de la cintura hacia abajo como suele ocurrir en el síndrome adiposo-genital.

A veces esta acentuación inferior es tan marcada, que el enfermo recuerda al síndrome de la distrofia cefalotorácica de Barraquer-Simmon, cuya relación con hipertiroidismo apuntó Basedow en 1840.

La febrícula es el segundo elemento constante de este síndrome. La sensibilidad de los hipertiroideos para la hipertermia, la frecuencia de la febrícula, las características de la temperatura cutánea, en relación con la temperatura visceral, han sido estudiadas por los autores desde la descripción de la enfermedad. En el síndrome ABD descrito por Marañón, la febrícula no ha faltado nunca y a veces ha encontrado este autor, que traspasa la altura de las distermias no infecciosas habituales, es decir, por encima de 38° o más, con las características habituales, de continuidad prácticamente indefinida, aumento por el ejercicio, las emociones y de intensificación premenstrual, etc...

El tercer elemento de diagnóstico que describe Marañón está constituido por los síntomas de hipertiroidismo, (nerviosidad, angustia, afectividad, temblor, taquicardia, etc) por lo que se piensa más en alteraciones neuróticas, que en el hipertiroidismo. La determinación del metabolismo basal con cifras moderadamente bajas o bien cifras normales pero sensibles a la prueba adrenalínica.

El síndrome ABD según Marañón, es caso exclusivo del sexo femenino; suele ser muy típica la relación de la etiología del síndrome con estados de ansiedad y preocupación prolongados y cargados de emotividad.

Este síndrome se traduce en desequilibrio de los centros hipotalámicos de ansiedad y preocupación, reguladores del peso, del equilibrio nervioso y afectivo y de la termogénesis, y esa alteración explica perfectamente la totalidad del cuadro clínico, que aparece casi solamente en mujeres y que suele comenzar después

de una opresión afectiva o después de alteraciones quirúrgicas, de tiroidectomía o de otros accidentes genitales, espontáneos o provocados que son capaces de producir el desequilibrio de los centros hipotalámicos, existiendo una predisposición de inestabilidad diencefálica.

Que el síndrome ABD descrito por Marañón tiene su origen hipotalámico no se puede discutir. Corrobora este autor con el hecho hoy bien conocido de que el hipotálamo existen centros reguladores del metabolismo y de la distribución de las grasas, de la termogénesis y de las actividades psíquicas y vegetativas cuya perturbación traduce en el grupo central neurógeno de la sintomatología basedowiana. Es decir de las tres manifestaciones características del síndrome ABD

MANIFESTACIONES DE ESTE SÍNDROME EN LA ESFERA SEXUAL

Marañón describe este cuadro en enfermas con ginecopatías, ovariitis escleróquísticas o de otro orden, sobre todo histerectomizadas o de operadas por intervención no ginecológica, con climaterio espontáneo tumultuoso, en mujeres maduras próximas al climaterio o en este sobre todo si hay y no suele faltar, predisposición de inestabilidad diencefálica.

Netter y colaboradores, señalan la aparición del cuadro clínico con particular frecuencia en mujeres con ovariitis escleróquísticas.

Otros autores describen en las mujeres que padecen un síndrome ABD, una vida genital normal y si acaso algunas alteraciones, en sentido hipo y oligomenorreico.

OBESIDAD HIPOFISARIA

Las observaciones de Babinsky-Manoff y de Froëlich hacen pensar que existe una obesidad de origen hipofisario.

Crowe, Cushing y Homans en 1910, producen un síndrome adiposo genital en el perro extirpando la hipófisis o cortando su tallo de unión al cerebro.

La obesidad hipofisaria, asociada a insuficiencia genital, fué pronto confirmada por toda una serie de trabajos reunidos en la revisión general de Launois y Cleret.

A partir de 1920 se llama la atención sobre que los tumores del tercer ventrículo pueden producir un síndrome adiposo genital sin alteración de la hipófisis. Es la época en la que se multiplican los casos de encefalitis. letárgica con diencefalitis, traduciendo además de por trastornos del sueño, por obesidad.

Paralelamente a estos estudios clínicos, los fisiólogos Aschner, Camus y Roussy, Bailey y Bremer y Smith, muestran que la obesidad y los trastornos genitales pueden aparecer cuando se realizan lesiones infundibulares aún sin tocar la hipófisis y que por el contrario la ablación de la hipofisis, determina enanismo en los animales jóvenes y adelgazamiento y caquexia en los adultos, pero no obesidad.

Camus y Roussy demuestran experimentalmente que la obesidad está bajo la dependencia de una lesión del suelo del tercer ventrículo. En la misma sesión presentaron dos perros uno hipofisectomizado con insuficiencia genital pero sin sobrecarga adiposa y el otro con hipófisis pero con lesión del suelo del tercer ventrículo y que presentaba un claro cuadro adiposo genital.

En clínica humana la etiología se precisa por estos caminos y se observa como ciertas meningitis frustadas y escapando a la

atención de los clínicos pueden ser origen de manifestaciones infundibulares y especialmente de obesidad. Parece que hasta simples alteraciones de origen glandular especialmente ováricas y de origen psíquico, pueden igualmente influenciar el funcionamiento hipotalámico.

La obesidad está sin duda bajo la influencia directa del hipotálamo y ninguna lesión hipofisaria es capaz de determinarla en tanto que el hipotálamo está intacto. Pero aún está bajo discusión la naturaleza del mecanismo por el que esta obesidad es producida por el hipotálamo.

Según la mayor parte de los autores, la afectación infundibular entraña la bulimia y es el aumento de los aportes alimenticios el único factor hipotalámico. Long hizo en la ratap^{un} exhaustivo estudio de la obesidad hipotalámica. Limitando la dieta a raciones normales las ratas a las que se ha destruido el infundíbulo no aumentan de peso. Las lesiones infundibulares no alterarían ningún metabolismo y provocarían solamente una excitación del apetito por alteración del centro regulador del hambre.

Sin embargo dado lo que sabemos del papel de los nervios vegetativos sobre la receptividad tisular, se está autorizado a preguntar si la afectación del hipotálamo que es el centro de nervios vegetativos no es susceptible de modificar el funcionamiento de la célula adiposa en el sentido de un acúmulo de lípidos y sobre todo de una reducción de las combustiones periféricas.

Si bien la lesión hipotalámica no es necesaria para la producción de obesidad, la existencia de un panhipopituitarismo asociada a una afectación hipotalámica constituye al menos un factor agravante ya que la hormona somatotropa tiene normalmente una acción

de movilización y de catabolismo de las grasas de reserva. La insuficiencia debería, pues, agravar la obesidad de origen hipotalámico.

En resumen, se creyó primero individualizada una obesidad hipofisaria para más tarde a la luz de los trabajos fisiológicos, olvidar la hipófisis para dirigirse al hipotálamo. Actualmente parece que se deben interpretar estas obesidades como dependientes de dos factores:

- Un factor hipotalámico actuando por aumento del apetito y modificando la receptividad de los tejidos adiposos.

- Un factor hipotalámico que actúa por reducción del catabolismo lípido.

SINDROMES SEXUALES DE ORIGEN OVARICO

La segunda mitad del siglo XIX se caracterizó, por el auge de los estudios anatómicos del sistema nervioso. Este apogeo tuvo su culminación con los estudios de Cajal. Todos los procesos vitales son regulados por nervios que terminan en los diferentes órganos y que los estimulan a trabajar en un sentido o en otro. Se cierra por lo tanto el siglo XIX bajo el signo de la fisiología, surgen nuevos descubrimientos que vienen a desviarla atención de los investigadores hacia el campo de la endocrinología.

Empiezan a principios del siglo XX los hallazgos sensoriales de las hormonas sexuales, las hormonas del folículo, del cuerpo amarillo, el ciclo menstrual, el ovárico. En otros campos de la endocrinología también se van haciendo sucesivas adquisiciones y de esta forma la primera mitad de este siglo está llena de esta doctrina endocrinológica interna; después de medio siglo de Patología hormonal, vemos ahora otra vez desviar la corriente hacia el sistema nervioso.

En los últimos 15 años, nuevos hechos han venido a confirmar que el sistema nervioso tiene una importancia realmente decisiva en la fisiología y en la patología del aparato genital. --- Después de muchos años, de haber admitido de una manera exclusiva la regulación hormonal de los procesos sexuales se vuelve ahora a reconocer la importancia de que tiene el sistema en las correlaciones de la vida reproductiva. Una serie de hechos y observaciones han hecho admitir la gran influencia que tiene el sistema nervioso en los fenómenos del ciclo sexual femenino. Las últimas investigaciones han descubierto datos fisiológicos que explican esta intervención nerviosa.

Revisaremos en nuestro trabajo, aquellos síndromes clínicos

cuyo origen neurológico es manifiesto y aquellos procesos endocrí-
nopáticos de origen nervosicógeno que tengan manifestaciones y al-
teraciones de la esfera sexual femenina especialmente en los que
se relacionan con el ciclo menstrual.

SINDROMES HIPOTALAMICOS.-

El hipotálamo como sabemos está ligado funcionalmente a la
hipófisis de tal manera que hoy no se puede hablar de las funcio-
nes de ambos separadamente sino que integramos a los dos en una
unidad funcional. Esto explica que las afecciones patológicas -
que alteran o lesionan el hipotálamo puedan producirse síndromes
endocrinos a través de la participación hipofisaria y explica tam-
bien el que estos síndromes sean en gran parte de carácter sexual.

Entre los síndromes hipotalámicos cuyas manifestaciones en
la esfera sexual son marcadas describiremos los siguientes:

- 1.- Síndrome de Froelich.
- 2.- Laurence-Moon Bledl.
- 3.- Anorexia nerviosa
- 4.- Tumores hipotalámicos.

SINDROME ADIPOSO GENITAL DE FROELICH.-

Con este nombre conocemos un síndrome descrito por su des-
cubridor caracterizado principalmente por: Obesidad, retardo del
desarrollo sexual y del esqueleto; durante mucho tiempo se ha -
consdierado este síndrome como causado por una insuficiencia hipo-
fisaria. En 1917, Marañón y Pinto (38) describieron en un herido
de guerra la aparición de este síndrome, producida por una herida
de abala en el cráneo y que en la autopsia, pudieron comprobar que
la bala se hallaba no en la hipófisis, sino en el tuber cinerium,
sin alterar la función hipofisaria.

Keherer en 1937, Wohl y Larson (39) en 1942 han admitido la
génesis neurogénica de este síndrome.

La afección presenta manifestaciones clínicas distintas según el momento de la vida en que se presente pudiendo describir un cuadro clínico en la infancia que está caracterizado por los siguientes síntomas, que la esfera sexual: Retardo en el desarrollo del aparato genital, pubertad retrasada y oligomenorrea en unos casos y en otros amenorrea esencial. En la juventud aparecen como características de la alteración de la esfera sexual la oligomenorrea, amenorrea primaria o secundaria y a veces también los largos periodos de amenorrea en mujeres que no dejan de reglar del todo.

En la edad adulta las manifestaciones sexuales, pueden ser: amenorrea secundaria que es lo más común y en los casos avanzados aparecen esterilidad y oligomenorrea y todo el demás complejo sintomático característico del síndrome.

SINDROME DE LAURENCE , MOON BLEDL.-

Es una realidad una forma clínica del síndrome adiposogenital en el que se encuentran además de la obesidad y del hipogonadismo malformaciones congénitas. Roth () demostró la existencia de una disminución de gonadotropina A(FSH) en la orina de las mujeres afectas de este síndrome. En la esfera sexual, Anderson, demostró que se encontraba falta de maduración ovárica; amenorrea que pueda ser primaria o secundaria.

SINDROME HIPOTALAMICO.-

Se concede mucha importancia en la actualidad a lo que Bauer denomina "síndrome hipotalámico" caracterizado por lesiones localizadas en la región del tuber cinereo, tuberculos mamilares o infundíbulo; de naturaleza inflamatoria o tumoral cuando se destruye el hipotálamo por uno de estos procesos, los síntomas que aparecen con más precocidad son los síntomas sexuales que pueden revestir

Hay una tendencia antimexual y antivital de la paciente. Bleuler (7) dice que por lo general estas enfermas tienen problemas familiares e insiste sobre el fondo esquizofrénico de todas estas muchachas.

Los íntomas principales han sido descritos por Benedetti, Nonnenbruch y Feachtinger (22) y Decorut (19). A veces se unen alteraciones psicógenas graves y en otras se observan relaciones con la lipodistrofia, iniciándose por extrema delgadez y pasando luego a obesidad exagerada como ocurriría en el caso de Waring - (20) Hertz (21) ha descrito síntomas de insuficiencia suprarrenal no específica.

Hormonalmente la excreción de HEP se encuentra normal y los 17 K, normales así como los corticoides urinarios. Bartela (8) - encontró disminución del metabolismo en estos casos por un hipopituitarismo.

Obesidad y síndrome de Froenlich psicógeno. - Bleuler (9) describe casos de obesidad de origen psicógeno. Aparecen en la pubertad. Son consecutivos a un hipogenitalismo, con retardo de la pubertad, oligomenorrea así como infantilismo genital y a veces, - amenorrea esencial. Es un trastorno centrógeno del apetito asociado a inhibición de la esfera sexual.

INFLUENCIAS CENTRALES EN EL CICLO SEXUAL Y SUS ANOMALIAS

a). - Influencias nerviosas en los síndromes de hipoestronismo. Se ha demostrado la existencia de una inhibición ovárica en estado de angustia colectiva, en guerras, explosiones, terremotos, etc. Otros casos, como muertes familiares repentinas, han determinado inhibiciones duraderas no sólo de la menstruación sino de la excreción ovárica con síntomas de insuficiencia estrogénica prolongada. Cursan con secreción endocrina normal aunque últi-

mentese han observado casos de hipoestronismo generalmente de enfermas que constitucionalmente ya eran hipoestrogénicas y tenían tendencia a la hipofunción ovárica.

Según Klinefelter y col. (25) de Freemont-Smith y Meigs (15) y sobre todo Stieve (22) la causa de este hipoestronismo psicógeno es una falta de producción de FSH en el LAH. Según estos mismos--autores también la hormona luteínica estaría disminuida o abolida. Como se indica el mecanismo de esta inhibición gonadotrópica sería un frenaje del centro sexual hipotalámico de tal manera que el mecanismo de la producción de hipoestronismo tendría varias etapas: la insuficiencia secretora del ovario se debería a un hipogonadotropismo, el cual a su vez se debería a una falta de estímulo hipofisario que su vez estaría determinado por una inhibición cortical. La inhibición secretora del ovario, puede ser causa de fallo funcional de esta glándula.

b).- Hiperestronismo.- El efecto contrario puede ser también determinado por una raíz psicógena. Las hemorragias funcionales serían debidas a un hipoestronismo crónico, y la tensión premensual debida a un hipoestronismo agudo. El mecanismo de producción de estos estados es a través de la secreción hipofisaria. La excitación hipotalámica de origen centrógeno puede dar lugar a la aparición de un aumento de FSH y la existencia de una persistencia del folículo. El hiperestronismo agudo en la segunda mitad del ciclo como causante de la tensión premenstrual, estaría determinado por una excitación aguda para la secreción de FSH en el periodo premenstrual. Stieve (22-23) insiste mucho en la acción que las terminaciones nerviosas del ovario tienen sobre la maduración del folículo y sobre el ovario. La falta de estímulo adecuado podría inhibir la ovulación y determinar la persistencia de los folículos.

c).- Anomalías del ritmo menstrual de causa neurógena.-

Es un hecho de observación corriente las variaciones que pueda sufrir la menstruación como consecuencia de un psicotrauma. Suspensiones o retardos temporales de las reglas y hasta amenorrea permanentes, se establecen como consecuencia de guerras, bombardeos, etc. También en cárceles e internados, y la amenorrea de las sirvientas que vienen del campo a la ciudad.

Bleuler () clasifica las circunstancias que pueden determinar amenorrea y otras anormalidades menstruales:

1) Catástrofes en masa; 2) Heridas o traumatismos que producen angustia o miedo; 3) Impresión por una muerte brusca; 4) Violación con angustia; 5) Sugestiones o hipnosis; 6) Angustia sexual; 7) Cambios de actividad y residencia; 8) miedo en los exámenes; 9) miedo en la guerra; 10) deseo vehemente de embarazo - creando una amenorrea de sugestión y una gestación fantasma.

Seitz (49) ha hecho resaltar que no todas las mujeres responden en las mismas circunstancias del mismo modo y la clasifica en cicloestables, cicloabiles y ciclodebiles. En las primeras no se modifican las reglas, en las segundas, se modifican pero no faltan y en las terceras se producirían amenorreas.

Muchas veces estas amenorreas psicógenas no se acompañan de alteraciones del ovario sino que coexisten con citología vaginal normal y el endometrio en proliferación persistente. Temperaturas basal plana. Es decir, son amenorreas hiperhormonales de Zondek. Ese mismo autor habla de las amenorreas con persistencia folicular por estímulos psicógenos.

En algunas ocasiones se observa amenorrea con ciclo bifásico y con fases alternantes de proliferación curvas de temperatura bifásica característica, y que al parecer se debe a un estímulo

lo inhibitorio neurógeno sobre la menstruación pero no sobre el ciclo ovárico. Faltan aquí los fenómenos vasculares menstruales que serían inhibidos por un estímulo neurógeno.

También en otras ocasiones adelantos de la regla con o sin hipermenorrea. Estas anomalías pueden ser determinadas por el mecanismo anterior, solo una ovulación puede ser determinada por el mecanismo, o un estímulo desencadenante puede provocar una ovulación antes del momento adecuado.

Esto es lo que Stieve ha descrito con el nombre de ovulaciones peracíclicas y que según él, la rotura folicular se debe a un estímulo nervioso directo sobre el ovario.

Las amenorreas postrauma psíquico en aquellas que cursan con ciclo ovárico normal, el punto de ataque de la inhibición neurógena es el útero; mientras que en aquellas que cursan con ciclo unifásico, el punto de ataque de la inhibición neurogénica., es el útero; mientras que en aquellas que cursan con ciclo unifásico - es el ovario.

SINDROMES TIROIDEOS Y SU RELACION EN LA FUNCION SEXUAL.-

El tiroides es, con la suprarrenal y la hipófisis una de las glándulas accesorias del sexo. Por más que la importancia del tiroides en la regulación sexual haya sido muy subrayada por Siegert (57), las relaciones entre los síndromes tiroideos y los estados sexuales no es tan directo como en el caso de la pituitaria, o de la corteza suprarrenal.

Generalidades. Un sinergismo ovario+tiroides han sido revistadas por Joung y col. (24) y por Krohn y Zukerman (43).

La acción del ovario sobre el tiroides parece ser estimulante. La inyección de estrógenos en ratas acometidas a la dieta de reposo del tiroides, provoca una hiperproliferación tiroidea, seguida de estado hiperfuncional de esta glándula. Para Deselin (10), el fenómeno se debe a que los estrógenos tendrían una acción antitiroidea que habría de ser compensada, mediante una hiperfunción de esta última glándula.

La incrección tiroidea actúa de una manera estimuladora sobre el ovario. Maqsood ha conseguido inyectando tiroxina a conejas, acelerar su caduración sexual, y provocar un desarrollo del ovario, así como una hiperluteinización del mismo. Stein y Foreman (11) han demostrado que la tiroxina tiene una especial actividad mitogenética sobre el ovario. Solimean y Reineke (12) - han observado también como la tiroe proteína provoca aumento del tamaño del ovario, y acelera la pubertad de la rata. Se discute si esta acción es una acción directa o una acción a través de la hipófisis. Gillman y Gilbert piensan que la acción es doble, por un lado estimula la secreción de hormona luteínica y por otro una acción atrófica directa de la hormona tiroidea sobre el tejido ovárico.

Adams y Bull (..) han observado la acción abortiva de las drogas antitiroideas. La hormona tiroidea es estimulada por el tiroides. Parece ser necesaria para el desarrollo de los embriones y - su falta produce la aparición de muerte embrionaria seguida de - aborto.

Es decir que: la función tiroides es estimulada por los estrógenos. El ovario es estimulado por el tiroides. La hormona tiroidea siendo necesaria para el desarrollo de los embriones es imprescindible para la normal ovulación y desarrollo del embarazo - No debemos olvidar que el tiroides está bajo la acción de la hormona tireotropa hipofisaria , y dicha hormona lo mismo que el resto de las funciones pituitarias , está gobernada por la secreción de hormonas sexuales.

SINDROMES HIPOTIROIDEOS.-

Consideramos los más importantes síndromes hipotiroideos: Cretinismo y enanismo tiroideo; mixedema; caquexia estrumipriva hipotiroidismo consecutivo a drogas hipotiroideas.

Cretinismo.- Por hipofunción congénita del tiroides, que -- puede ser endémico o esporádico. Se suele acompañar con enanismo o infantilismo tiroideo.

Mixedema.- Es la insuficiencia tiroidea aparecida con carácter adquirido a lo largo de la vida: Hay un mixedema constitucional caracterizado por una hipoplasia del tiroides o según Kocher una tireopenia pero la mayoría de las veces es debida a una atrofia secundaria del tiroides a lo largo de la vida.

Puede aparecer en la época infantil (mixedema juvenil) o en los adultos (mixedema del adulto).

La caquexia estrumipirva es la que aparece en los sujetos a los que se les extirpan quirúrgicamente el tiroides sin dejar

un resto suficiente de glándula funcional.

Por último la atrofia secundaria del tiroides es frecuente por el uso de antitiroideos o por una sobredosificación de radioisotopos (yodo).

Es interesante que el 80% de los síndromes tiroideos aparecen en mujeres según datos de Eiselsberg (21) mientras que Heinsheimer, eleva este porcentaje hasta un 93%. Es más raro el mixedema masculino. El hipotiroidismo se manifiesta en la juventud y se caracteriza por detención del desarrollo somático y del de la inteligencia, desarrollo desproporcionado y achatado de los huesos base nasal muy ancha con respecto chato, edema masacular bajo los párpados inferiores, cuello corto y grueso, manos cortas y en la radiografía desarrollo incompleto de los núcleos de osificación.

Si la lesión aparece en el adulto se marca una disposición hipotiroidea con aumento de peso. Formación de panículo adiposo abundante. El edema es blanquecino y poco depresible, color alabastro y aspecto característico de cara de luna llena.

Las manifestaciones en la esfera del sexo se caracterizan por una hipoplasia primaria del aparato genital con atrofia de los ovarios e hipogenitalismo con amenorrea. La hipoplasia puede ser 2ª.

En otros casos el cuadro es más discreto y hay oligomenorrea, hipomenorrea. Es muy llamativo el cuadro de la esterilidad que ha sido descrito por varios autores Siegles (22), Williams (23), Botella (24). Es frecuente también la aparición de abortos por pérdida de la acción morfogenética que la tiroxina desarrolla sobre el embrión.

Mavromati (25) ha observado el cuadro menstrual en mujeres con hipotiroidismo. Estas pacientes presentan amenorreas o hipomenor-

reas con endometrio y con alteraciones de maduración folicular en el desarrollo del cuerpo lúteo. El tratamiento tiroideo en la mayoría de los pacientes sobre todo en los jóvenes, conduce a un restablecimiento de la función cíclico-ovárica y a una menstruación regular.

Aeppli (1) estudiando la citología vaginal de mujeres hipotiroideas ha encontrado un estado de persistencia de la fase folicular con aumento de las células estrogénicas y con falta de elementos luteínicos. Este autor dice que las alteraciones en el ciclo provocadas por los síndromes de cretinismo y mixedema serían más bien atribuidas a una falta de luteinización ya en consecuencia, lo que produciría sería un ciclo unifásico.

Lederer (2) ha observado el estado de la eliminación estrogénica en caso de hipotiroidismo o hipoestronismo se observa en edades avanzadas y es frecuente el hipotiroidismo con hipoestronismo en la menopausia. En cambio en las jóvenes es más frecuente el hipotiroidismo con hiperestronismo debido a la falta de formación del cuerpo amarillo en relación con la deficiencia tiroidea. Aunque este hiperestronismo no es absoluto sino que es un hiperestronismo relativo o de ritmo por desaparición de la función del cuerpo amarillo sin aumento de la producción de estrógenos.

Dickerson (3) observó una elevadísima proporción de ciclos anovulatorios y ciclos aluteínicos en estos estados y que según él son causa de esterilidad. En que unas veces se observa atrofia y otras persistencias foliculares y en otras aluteinismo, no son hechos contradictorios. Son distintos grados de insuficiencia ovárica. La adquisición más compleja y difícil de ovario, es el cuerpo amarillo. Si hay un déficit funcional discreto de la gónada femenina, se observará una incapacidad para la luteinización.

Solo cuando la insuficiencia gonadal avanza a grados mayores puede observarse una falta de maduración y un estado atrófico de la glándula.

HIPERTIROIDISMO.-

Las principales formas clínicas de hipertiroidismo son: la enfermedad de Basedow, los estados basedowoides y tireotóxicos y la delgadez hipertiroidea. Son más frecuentes en la mujer que en el hombre, según Kehrer (10) de un 85 a un 92%. Aparecen frecuentemente entre 20 y 40 años.

Lisser (11) en 1929, llamó la atención sobre las alteraciones menstruales que aparecían en las mujeres hipertiroideas. El tipo de menstruaciones que se observa más frecuentemente era el de las reglas proio e hipermenorreicas. Zondek y Koehler (12) han visto casos de Basedow acompañados de metrorragias. En cambio Seitz y Kehrer (13) observaron una desaparición total de las menstruaciones. Lederer (14) vio en las hipertiroideas benignas que las menstruaciones estaban exaltadas y en las tireotoxicosis graves había amenorrea. Podemos decir que en los grados menores de hipertiroidismo se observan reglas prolongadas y aumentadas en cantidad mientras que en los casos graves se presenta amenorrea.

Es frecuente que aparezca también dispareunia, frigidez y tendencias a la desviación sexual, que hoy día se cree sean debidas a alteraciones primitivamente neurógenas, que al mismo tiempo que inducen a las alteraciones del instinto, que acabamos de señalar, provocan una estimulación central del tiroides.

También el hipertiroidismo puede ser la consecuencia de una excitación psicosexual aumentada, a través del ovario. En ciertos estados de excitación tiroides.

Gianaroli y Cavicchi (15) en la citología vaginal han obser

vado las distintas variaciones del nivel estrogénico. En algunas hipertiroideas se observa una elevación de los estrógenos, en - otras muchas, más que elevación estrogénica, lo que aparece es - una tendencia a la secreción continuada de estas sustancias con pérdida de la ciclicidad ovárica. Creemos que muchos de los casos de metrorragias o menorragias que se observan en mujeres hipertiroideas, son consecuencia de una alteración del ciclo.

La combinación del mioma uterino con hipertiroidismo ha sido observada con relativa frecuencia (Botella, 2). Se presenta - como una prueba más del síndrome folículo tiroideo.

Es muy frecuente la aparición de hipertiroidismo alimentario (Marañón, 33), que se presenta como una prueba en contra del sinergismo folículotiroideo. Sin embargo, actualmente parece ser una prueba a favor y conocemos la existencia muy frecuente de - hiperesteronismo signo de cantidad al menor ritmo en la edad -- menopáusica.

SUPRARRENALES Y FUNCION SEXUAL.-

Introducción.-

Las relaciones entre las suprarrenales y la vida sexual son conocidas desde hace algo más de siglo y medio. En 1830, Haller, describió anomalías del aparato genital unidas a alteraciones congénitas de la corteza suprarrenal, relacionando unas con otras. En 1803 y 1804, Cooke y Bevern y Roemhil describieron respectivamente aquellos casos primeros de síndrome adrenogenital congénito reparando en la hiperplasia o el tumor de la corteza suprarrenal existente en tales casos. Posteriormente, Tillesius y Meckel, establecieron las bases de la teoría córticosuprarrenal de ciertas anomalías genitales. El último de estos tumores llegó a admitir que la suprarrenal determinaba el desarrollo del sexo.

Las relaciones entre la corteza suprarrenal y el sexo son tan profundas que es necesario dividir su estudio en varios apartados. Examinaremos la relación de estirpe embriológica que une a la gonada y al sistema interrenal. La relación química de estos dos sistemas como estrechamente emparentados y por último, a qué síndromes patológicos del sexo da lugar la corteza suprarrenal.

Regulación de la secreción hormonal córticosuprarrenal.-

La actividad de la corteza suprarrenal está ampliamente sometida a la insuficiencia de la hormona adrenocórticotropa ACTH de la hipófisis. Como ya hemos expuesto anteriormente sabemos que la hipofisectomía provoca la atrofia de las cápsulas suprarrenales -- que puede ser evitada con el empleo de ACTH. Por otro lado, la terapéutica con ACTH condiciona la hipertrofia de las cápsulas suprarrenales.

El fallo hipofisario no determina el cese absoluto de la

función suprarrenal ya que los pacientes hipofisectomizados pueden vivir con terapéutica de sustitución. Después de la hipofisectomía se conserva la función suprarrenal basal que consiste especialmente en la formación de aldosterona mientras que la formación de cortisol o corticosterona, así como la producción de andrógenos disminuye al mínimo. Mientras que la suprarrenalectomía bilateral no es compatible con la vida sin la adecuada terapéutica hormonal substitutiva.

Acción que ejerce el ACTH.-

Sobre la corteza suprarrenal son principalmente las de formación y secreción de hormonas, disminución del contenido colesterolico, ácido ascórbico.

Regulación de la secreción de ACTH.-

Este es un problema que en la actualidad no está aún resuelto en forma definitiva a pesar que desde hace 20 años, se le viene dedicando gran interés. Actualmente, hemos de admitir que la producción de ACTH y secreción, se realiza por dos vías que completan sus objetivos:

- a).- Regulación duradera, es debida a la concentración hemática de las hormonas corticales y su acción inhibidora sobre la hipófisis-
- b).- Regulación rápida bajo la influencia del hipotálamo que regula a la hipófisis probablemente por neurohormonas.

REGULACION POR LA ACCION INHIBIDORA DE HORMONAS CORTICOSUPRARRENES.-

Como todas las glándulas reguladas por la hipófisis las cápsulas suprarrenales tambien obedecen a la ley de que la hormona de la glándula regulada actúa inhibiendo la secreción estimulante de la glándula reguladora.

Después del fallo de la corteza suprarrenal desaparece la inhibición de la producción de ACTH la cual es formada con exceso. Así se explica la hipertrofia compensadora de una cápsula suprarrenal después de la extirpación de la otra, cosa que no ocurre después de la extirpación de la otra, después de la hipofisectomía. El equilibrio del sistema adenohipófisis-cápsulas suprarrenales se mantiene en el reposo por la estimulación y la inhibición.

Según Sayers, la regulación hormonal consiste en que cada sobrecarga del organismo conduce a un consumo más elevado de hormonas córtico suprarrenales con el consiguiente descenso de nivel hemático.

Con ello desaparece su acción inhibidora sobre la hipófisis aumenta la producción de ACTH y ésta estimula a la formación de hormonas suprarrenales.

Regulación hipotalámica por las hormonas.-

El hipotálamo representa un centro de recepción de las influencias del sistema neurovegetativo y de la corteza suprarrenal y posiblemente es también sensible a las alteraciones de la concentración sanguínea en hormonas córtico suprarrenales. Integrando a estos factores la regulación de la adenohipófisis.

Por consiguiente, la regulación del ACTH descansa sobre dos sistemas diferentes que sirven a distintas situaciones. En aquellos estados que exigen un rápido aumento de la secreción de hormonas corticales actúa el sistema neurohormonal del hipotálamo. La regulación duradera se ejerce por la concentración sanguínea de las cápsulas suprarrenales.

Acción de las hormonas de las cápsulas suprarrenales.-

Pueden dividirse en 3 grandes grupos:

a.- Hormonas corticales con acción exclusiva sobre la regulación del metabolismo del Na y K que son designadas por Selye con el --

nombre de mineralocorticoides.

b.- Los que muestran actividad metabólica sobre los hidratos de carbono y las albúminas reciben el nombre de glucocorticoides. De las anteriores aquellas sustancias segregadas tanto en el hombre como en la mujer en pequeñas cantidades y con actividad sexual, sólo atenderemos a estas, que son las que más directamente se relacionan con nuestro trabajo.

c.- Estas sustancias segregadas por las cápsulas suprarrenales y que tienen acción sexual son denominadas :

1) Andrógenos (17K). 2) Estrógenos (principalmente estrona). 3) Progestógenos (Progesterona y otros cuerpos intermedios entre la Progesterona y los mineralocorticoides).

En 1936 Reichstein descubrió por primera vez, la adrenasterona una tricetona 3-11-17 androstano. Ulteriores estudios principalmente de Wintrestainer (69) Kenall(42) y otros han demostrado una extensa serie, tanto en la sangre como la orina.

En 1939, Beell y posteriormente Callow y Emmens(22) encontraron en la corteza suprarrenal del buey y de la vaca, estrona. Posteriormente otros autores confirman este hallazgo incluso en el ser humano.

Por último, en 1938, Engelhart (28) demostró la existencia de progesterona en la corteza. Pero ya desde comienzos del siglo pasado, cuando Tilesius en 1933 describía el primer caso comprobado, de tumor suprarrenal con signos de marcado hirsutismo en torno a los órganos genitales y con obesidad, ya se sospechaba y se establecía el fundamento de las relaciones entre las suprarrenales y las glándulas sexuales. Después de un tiempo de olvido - en donde se describieron algunos casos con mayor a menor exactitud vinieron las comunicaciones de Bullock y Sequère, de 1905, comprendiendo el estudio de 11 niños todos menores de 15 años, y la cura-

ción de un pseudohermafrodita mediante la extirpación de un tumor suprarrenal efectuada por Bovin, en 1911. Desde entonces, gracias a los modernos estudios experimentales, la impreciable contribución de la química, mediante el aislamiento a partir de los extractos corticales de varios esteroides iguales o parecidas a las hormonas, que segregan las glándulas sexuales masculinas y femeninas y las ulteriores comprobaciones químicas de mayor valor, puesto - que en ellas fueron empleados nuevos y eficaces procedimientos de exploración, permiten afirmar en la actualidad, que las glándulas suprarrenales desempeñan un importante papel en el desarrollo y en el control del sexo y ya Botella Llusíá con el fin de destacar la similitud endocrina entre las glándulas sexuales y la corteza suprarrenal, califica esta última como la tercera gonada.

La zona sexual de la corteza suprarrenal.-

El concepto de zona sexual de la corteza suprarrenal descansa en una serie de pruebas fisiológicas. En primer lugar, en la evolución paralela del paleocortex humano con los acontecimientos del sexo. Grollmann () y otros autores posteriormente han demostrado que durante la vida embrionaria el voluminoso paleocortex - representa un papel muy importante en la diferenciación sexual y sobre todo en la castración y en la menopausia, En el animal, investigaciones ya antiguas de Howard y Deanley han aducido hechos complementarios que refuerzan esta hipótesis. La castración conduce a un engrosamiento en la corteza suprarrenal, que se verifica a expensas de una zona situada entre la fasciculada y la médula que aparece a modo de una diferenciación de la reticular. A esta zona se la llama "Zona X" y "Zona Intermedia", La inyección de testosterona en los muchos castrados, hace desaparecer esta zona así formada lo cual parece conducirnos a pensar que es la falta de hormo-

na gonadal, al castrar al sujeto lo que determina a modo de una -
reacción compensadora con aparición de la Zona X.

Existen una zona que Botella Llusia ha llamado corteza primitiva o paleocortex por gracia solamente a su origen embrionario más precoz que tiene en realidad, no el carácter de una corteza suprarrenal en el sentido estricto en que nosotros comprendemos de fisiología de este órgano, sino más bien el carácter de una corteza suprarrenal en el sentido estricto en que nosotros comprendemos de fisiología, la cual interviene en la vida sexual solo en fase de eclipse o de fallo de la gonada verdadera. Sería así a modo de una glándula sexual vicariante que apareciera: a) en la vida embrionaria porque la gonada es todavía inmadura; b) en la pubertad, porque la gonada no madura lo suficientemente deprisa para subvenir - las grandes demandas de hormona sexual del organismo; c) en el embarazo o al menos en algunos momentos del mismo; d) en el climaterio y en la menopausia para evitar una carencia absoluta y total de hormonas sexuales con sus graves consecuencias sobre el - atrofismo genital y el equilibrio endocrino; e) en algunos estados patológicos sin finalidad compensadora simplemente como hecho anormal primario.

En 1928, había descrito en la ratona Deansley (23) y Howard (24) la existencia de una zona diferenciada entre la médula y la corteza a la que denominaron Zona X que al parecer tendría un carácter semejante a la zona andrógena de Gollmann o al paleocortex en la especie humana.

En el hamster dorado se ha demostrado también la existencia de una rica zona sexual que es muy reactiva y presenta evoluciones muy semejantes a las que hemos descrito para la especie humana así como también una intensa reacción después de la castración.

La acción sexual de las suprarrenales patológicas se acompaña siempre de una coloración específica con la fuchina. Pondeau -- que tiñe en rojo las ranuraciones de la zona suprarrenal productora de hormonas sexuales y esta coloración presenta mayor condensación en la zona reticular.

Posición de la zona sexual en el sistema endocrino.-

La zona sexual se comporta como glándula sexual accesoria. Es estimulada por una hormona trópica de carácter intersticial la misma -- que estimula las gonadas. Su posición es de carácter compensador.

Podemos decir que la hipófisis mediante su gonadotropina A -- excita la gametogenesis testicular y el desarrollo del aparato folicular ovárico. Mediante la gonadotropina B excita al intersticio ovárico y el cuerpo amarillo y el intersticio testicular. Al mismo tiempo estimula el desarrollo de la zona sexual suprarrenal. Por último, la hipófisis mediante la hormona ACTH, estimula la zona fasciculada y glomerular de la corteza con reproducción de glucocorticoides y mineralocorticoides.

De esta forma, cuando la gonada, tanto masculina como femenina falta, la corteza suprarrenal puede asumir la compensación de este déficit o al menos, compensarlo, en parte.

Es decir, la corteza suprarrenal sexual tiene una posición como la de una glándula vicariante que engranada en el sistema de regulación hipofisaria, establece un sistema de balancín o equilibrador de la falta de secreción gonadal.

La tercera gonada.-

En el seno del sistema intersticial, tenemos que distinguir dos -- formaciones genéticas distintas: una corteza comúnmente conocida o como productora de corticoides y reguladora del metabolismo, que aparece, tardíamente en los embriones, sólo hacia el 7º mes de la --

vida intrauterina en el hombre y que ha sido llamado neocortex. La otra formación de origen embriológico más antiguo, es la corteza - secretora de hormonas sexuales, que se atrofia en el hombre a partir del 7º mes de una manera completa después del nacimiento ya que se denomina paleocortex.

Los síndromes endocrinos de insuficiencia corticoidal o de hipofunción cortical que son respectivamente la enfermedad de Addison y la enfermedad de Cushing son distintas de las enfermedades o síndromes patológicos originados por hipo o hiperfunción de la zona sexual, los cuales son: la hiperfunción; el síndrome adrenogenital y la hipofunción; la insuficiencia cortical congénita. De suerte que pueden existir combinados los síndromes de hiperfunción de una zona, por ejemplo, el Cushing con abolición de los efectos de la zona sexual o enfermedad de Addison unida al síndrome adrenogenital.

Por estos motivos, Botella Llusia, la considera como una unidad funcional independiente de la corteza metabólica, en el sistema independiente de la corteza metabólica, en el sistema interrenal dos glándulas distintas: la corteza sexual y la corteza metabólica. Para la corteza sexual se propuso la denominación de tercera gonada.

Acciones sexuales de los corticoides.-

Los corticoides son cuerpos que están íntimamente relacionados con los metabolismos de las hormonas sexuales, a los cuales singularmente a los productos de la serie del cuerpo amarillo, se parecen mucho, es decir, que se ha investigado sobre si las hormonas sexuales tenían acción corticoide y a su vez si los corticoides tenían acción sexual. La contestación es afirmativa.

a) Acción sexual de los corticoides.-

Neumann (1932) y Botella Llusia (1932), han conseguido la formación de una fase progestacional en la mujer por una inyección de medio --

de una inyección de 250 mg. de una fase de acetato de desoxicorticosterona y con la inyección de medio gramo de esta misma sustancia han podido demostrar así mismo, la formación de glucógenos. Esta acción progestacional se ejerce no sólo sobre el endometrio sino también se deja sentir en el frotis vaginal y en el comportamiento dinámico del miometrio así como en el mantenimiento del embarazo de roedores castrados.

También la desoxicorticosterona tiene acción sobre los órganos sexuales masculinos pero si bien la desoxicorticosterona parece tener acciones sexuales bien acusadas, no ocurre así con la cortisona. Esta, se demuestra paralizadora de la actividad del endometrio y como productora de una disminución de la excreción de 17K - acompañada de una regresión de los caracteres masculinos.

Es interesante señalar que la desoxicorticosterona tiene -- una acción débilmente progestacional, y débilmente andrógénica -- acción que sin embargo, no tienen los cuerpos de la serie de los 11 oxisteroides.

e) Acción corticoide de las hormonas sexuales.--

Después de una serie de estudios y experiencias de Botella Llusá en 1941, se llegó a la conclusión de que la hormona del testículo y la del cuerpo amarillo, eran capaces de mantener en vida a animales privados de la corteza. Los estrógenos en cambio, carecían de esta acción.

Sobre animales castrados y adrenalectomizados el tiempo, se ha demostrado que pueden ser mantenidos en vida mediante la inyección de progesterona o testosterona y Marañón en la Clínica humana ha mejorado la mejoría ostensible que se nota en los enfermos de Addison cuando se les inyectaba testosterona, dosis elevadas de progesterona.

Esta acción corticoide de las hormonas sexuales se explicaría por la acción metabólica de carácter catabolizante sobre todo en lo relativo al metabolismo hidrocarbonado que aunque no sea -- exactamente igual es muy parecida a la acción de los glucocorticoides.

La acción androgénica puede dividirse en dos grupos: acción antifeminizante, es decir frenadora de la acción de los estrógenos y acción pseudoprogestógena, es decir, semejante a la progesterona y su grupo.

1.- Acción sobre el ovario.-

En los animales infantiles, los ovarios son estimulados por los andrógenos, a través de la hipófisis mediante una estimulación de la producción de gonadotropinas. En cambio, en grandes dosis, los andrógenos inhiben el ovario. Al parecer, se debe a que los andrógenos en grandes cantidades son inhibidores hipofisarios y anulan la secreción de gonadotropinas, que es la única que estimula el ovario, la gonadotropina B (LH).

2.- Acción sobre el endometrio.-

Varios autores han demostrado en los animales de experimentación que la testosterona tiene una acción débilmente progestógena. Sobre el endometrio humano hay una discusión: Mientras los primeros observadores clínicos como Turpault, (1) parecían atribuir a los andrógenos una acción inhibidora del crecimiento endometrial hoy día se pretende a creer que la acción beneficiosa que la testosterona tiene sobre las hemorragias funcionales no se debe principalmente a que se atrofia el endometrio sino más bien a que lo transforma en parte secretoriamente ejerciendo un papel semejante a la progesterona.

3.- Acción sobre el miometrio.-

Al parecer tiene una acción de tipo sedativo que ha sido descrito

por Leonard si bien Abarbanel y otros autores suponen que es más bien inhibidora a través de la producción de una vasoconstrucción

4.- Acción sobre la vagina.-

Ha sido descrita por Korenchewski y Dermison (49-50), como acción de tipo progesteroide con aparición de mucificación superficial.

5.- Acción sobre la vulva.-

Los andrógenos tienen una acción francamente inhibidora de los caracteres femeninos con atrofia de grandes y pequeños labios y crecimiento del prepucio y clitoris.

Sobre el aspecto somático: los andrógenos administrados en dosis pequeñas carecen de acción, en dosis grandes, se observa una virilización con aumento del vello y aparición de pilificación de tipo masculino con barba y bigote. La voz, también cambia y el tipo masculino y el psiquismo puede ser alterado en un sentido masculino. Hoy día se utiliza la acción de los andrógenos como una de las aplicaciones eficaces sobre la frigidez sexual femenina.

Sobre las glándulas de secreción interna también tienen acción los andrógenos. La primeramente afectada es la hipófisis. En pequeñas dosis la estimulan pero en dosis mayores son eficaces -- frenadores. Sobre la suprarrenal con dosis pequeñas también tienen acción provocando una estimulación de la corteza suprarrenal, debe ser producida por una acción intermedia de la hipófisis. En dosis más elevadas se produce una atrofia de la zona reticular de la corteza suprarrenal. En el tiroides, según la mayoría de los autores los andrógenos tienen una acción anabólica opuesta a la de hormona tiroidea y beneficiosa en el caso del hiper-tiroidismo.

Finalmente, sobre la mama tiene una acción frenadora con inhibición de la secreción y antagonista del efecto de los estrógenos.

HIPERFUNCION CORTICO-SUPRARRENAL.--

Como ya hemos dicho en el capítulo correspondiente a la fisiología de las cápsulas suprarrenales las secreciones suprarrenales constan de un 70% de cortisol, un 15% de corticosterona, indicios de Aldosterona, Andrógenos, Estrógenos, y Gestógenos. En casos de aumento de la actividad de las cápsulas suprarrenales la hiperproducción hormonal condiciona una serie de síndromes que estudiaremos a continuación: bajo su condición patológica en lo que se relacionan o puede relacionarse con las modificaciones que condicione en la esfera sexual y el ciclo menstrual en lo que a nuestro trabajo más directamente nos interesa.

a) Hiperproducción de hormonas córtico suprarrenales con preponderancia en la formación y eliminación de cortisol. Este estado corresponde a los que en la clínica moderna se denomina con el nombre de SINDROME DE CUSHING.

b) Hiperproducción de hormonas, córtico suprarrenales con aumento en la formación y aparición de hormonas patológicas andrógénicas en la correspondencia al síndrome Adrenogenital con sus modalidades, según la época de vida en la cual se presenta.

c) Hiperproducción Estrógenos condiciona los raros casos de feminización con etiología tumoral de las cápsulas suprarrenales.

d) Hiperproducción de Aldosterona; da origen al síndrome recientemente descrito por Conn de Hiperaldosteronismo primario.

e) Las formas mixtas de síndrome de Cushing de Adrenogenital son raras en el adulto; más frecuentes en los niños.

SINDROME DE CUSHING

Este conjunto sindrómico comprende un cuadro clínico cuyas manifestaciones capitales son una forma particular de obesidad con estrías cutáneas capitales características, asociadas a hiper

tensión arterial trastornos óseo metabólicos y gonadales, motivo este último por el cual hemos de considerarla en nuestro trabajo.

Fué Baver en 1913 quien primero habló de él y lo incluyó en el cuadro de la obesidad hipofisaria, H. Mooser en 1920 lo consideró como obesidad osteoporótica. Zondek en 1923 lo incluyó en los síndromes de insuficiencia pluriglandular; sólo fué deslindada por Cushing en 1923 que lo desglosó como basofilismo pituitario; por atribuir su etiología a una hiperplasia o adenoma de las células basófilas de la adenohipófisis. Después de su primera comunicación, los rasgos típicos de este síndrome también se han encontrado acumulados a otros tipos de tumor hipofisario, o lesiones del ritmo de las paratiroides y sobre todo de las cápsulas suprarrenales por este motivo en la nomenclatura moderna se ha convenido en denominar síndrome de Cushing a aquél que es concomitante con lesiones de las cápsulas suprarrenales y por el contrario, se llama enfermedad de Cushing a la que se acompaña de Basofilismo pituitario; por tener su dependencia en un adenoma o hiperplasia de la hipófisis el cuadro clínico en lo que a la esfera sexual de la mujer se refiere está caracterizado por amenorrea, esterilidad y procesos regresivos de los ovarios con atrofia y esclerosis.

En los órganos genitales externos no se aprecia modificación. Los caracteres secundarios son del tipo intersticial.

La edad del comienzo imprime ciertas peculiaridades. Así en la época prepuberal predomina el cuadro de una precocidad sexual junto con trastornos del desarrollo.

ACHARD y THIERS: describieron el cuadro de la "diabetes" de las mujeres barbudas, en mujeres menopáusicas con diabetes manifiesta, hipertensión y signos de virilización que sería una forma intermedia entre el síndrome de Cushing y el Adrenogenital.

SINDROME ADRENOGENITAL.-

Este síndrome también denominado virilismo suprarrenal, interrenalismo y síndrome de Cooke-Apert-Gallais, se caracteriza -- por una profunda alteración de la esfera sexual. Generalmente, en el sentido masculino debida a la hiperactividad de la corteza suprarrenal.

La primera descripción se remonta a 1756, en que Cooke comunicó un caso de obesidad con hirsutismo. Siglo y medio después, - Belloch y Sequeira (1905) publicaron 11 observaciones de virilización infantil en 1910 Apert, fué el primero en atribuir el hirsutismo a la hiperplasia, corticosuprarrenal. Poco después, en 1912, Gallais en su revisión de conjunto propuso el nombre de Síndrome - Génitosuprarrenal. La extensión e intensidad de las perturbaciones sexuales dependen del tipo de lesión suprarrenal don el nombre de Síndrome adrenogenital se compendia el cuadro clínico originado por hiperproducción de los esteroides androgénicos de la corteza suprarrenal. Se distinguen tres formas:

- a) Síndrome adrenogenital hereditario en la hiperplasia congénita de las suprarrenales.
- b) Síndrome adrenogenital de la hiperplasia adquirida de las suprarrenales.
- c) Síndrome adrenogenital o consecuencia de un tumor de las cápsulas suprarrenales.

La hiperproducción de Andrógenos sean estos procedentes de la cápsulas suprarrenales, de las gonadas, es mucho más marcada de las mujeres donde es calificada con la denominación de virilización.

SINDROME ADRENOGENITAL CONGENITO.-

Depende de un trastorno en la síntesis de los esteroides verticales que comenzando ya en el periodo, provoca una hiperplasia -

córticosuprarrenal. A consecuencia de esta alteración aumenta la producción de Andrógenos corticales que a veces van acompañados de alteraciones metabólicas que condicionan los síndromes clínicos adrenogenitales de pérdidas salinas, adrenogenital hipertensivo, adrenogenital hipoglucémico.

Fisiológicamente el cortisol inhibe la producción de ACTH; Un déficit de cortisol un aumento en la producción de ACTH, la cual por su parte explica la hiperplasia córtico suprarrenal. Sin embargo a causa de su defecto primario, la corteza suprarrenal no puede reaccionar al estímulo del ACTH, con un aumento en la producción de cortisol, sino que lo hace con una hiperproducción de Andrógenos. La gran cantidad de Andrógenos y esteroides estrogénicos inhibe la producción de gonadotropinas, del modo que los genitales no llegan a alcanzar su madurez funcional.

Los síntomas más sobresalientes del cuadro clínico están representados por la actividad androgénica caracterizada por:
a) acción virilizante. b) acción anabólica. c) acción inhibidora de gonadotropina.

En la esfera sexual encontramos que el único efecto demostrable de la hiperproducción de Andrógenos en el feto es el trastorno del desarrollo de los genitales externos femeninos. Mientras que los genitales internos permanecen sin modificar, el desarrollo de los externos es desplazado en dirección masculina bajo la acción embrionaria patológica de los Andrógenos, en las 12 a 16 semanas de la vida embrionaria. Por tanto, ya en el recién nacido los genitales ofrecen un aspecto intersexual, de tal manera que se habla de Pseudohermafroditismo femenino. El clitoris, está aumentado de tamaño a modo de pene, y es erectil, creciendo en el transcurso de los primeros años, los labios mayores están conformados a modo de escroto la mayoría de las veces faltan los labios menores y otra

gran cantidad de variaciones que no hemos de describir con más detalle por apartarse de nuestro tema.

Los síntomas androgénicos en el síndrome adrenogenital, congénito.

1º.- Acción virilizante, masculinización prenatal de los genitales externos en el sexo femenino.

2º.- Presentación precoz de los caracteres sexuales secundarios masculinos en las niñas (Pseudopubertad precoz), constitución corporal masculina con vello corporal del mismo sexo en las mujeres.

3º.- Acción anabólica, aceleración del crecimiento y desarrollo muscular fuerte de tipo masculino, aún en las niñas, y desarrollo óseo (Gigantismo en la infancia).

4º.- Acción inhibidora de la gonadotropina junto con los estrógenos. Falta del desarrollo mamario, amenorrea primaria y esterilidad en la mujer puesto que los ovarios permanecen sin funcionar.

SÍNDROME ADRENOGENITAL ADQUIRIDO EN LA INFANCIA-

La gran mayoría de los casos de síndromes adrenogenital, infantil, pertenece al tipo congénito. La forma adquirida la mayoría de las veces por un tumor de las cápsulas suprarrenales de actividad androgénica es mucho más frecuente que en el adulto, se le observa no sólo en el sexo femenino sino también en el masculino.

En sí mismos, los tumores córtico suprarrenales productores de andrógenos, no son diferenciales ni macroscópicamente ni microscópicamente de los tumores suprarrenales que desencadenan un Cushing, o que no tienen acción hormonal. Las conclusiones acerca de su actividad endocrina, sólo pueden sacarse de los síntomas secundarios o del comportamiento de la glándula contralateral. Así, en el síndrome adrenogenital consecutivo a un tumor cortical, se encuentra

una atrofia de la cápsula suprarrenal del lado opuesto más raramente que el Cushing.

Morfológicamente los tumores ofrecen un aspecto idéntico -- por lo que las observaciones acerca de los tumores corticales que hemos hecho en el capítulo correspondiente al describir el síndrome de Cushing, sirve perfectamente para los tumores de actividad androgénica. Por este motivo, omitimos el describirlas en este nuevamente y con más detalle. En lo relacionado con la esfera sexual en general los síntomas androgénicos, la eliminación de los 17 K y las manifestaciones en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, son iguales que en el síndrome adrenogenital congénito. Sin embargo en cuanto se refiere a la terapéutica es de gran importancia su diferenciación, y que el uno debe tratarse con -- cortisona y el otro quirúrgicamente. Desde el punto de vista clínico no es fácil hacer esta distinción ya que como hemos dicho anteriormente en ambos caracteres sexuales secundarios pueden aparecer muy precozmente o por el contrario con relativo retraso.

Síndrome adrenogenital adquirido en el adulto.--

En contraposición con los niños el síndrome adrenogenital adquirido sólo es conocido en los adultos del sexo femenino. Tiene su origen en una hiperplasia córticosuprarrenal adquirida o en un tumor de las cápsulas suprarrenales.

Clínicamente se trata de la clásica virilización en la cual en contraposición con los casos congénitos adquiridos durante la pubertad, todos los caracteres sexuales femeninos están ya marcados, y sólo sufren una regresión ante la constante progresión de los caracteres masculinos. En cuanto a la esfera sexual se refiere, la constitución corporal y las mamas son femeninas, la amenorrea que se presenta, no es primaria, sino secundaria, la distribución del vello corporal, sexual y facial, es de tipo masculino

y en ocasiones se presenta acné y calvicie, frecuentemente asociada a cambio de voz.

Los hallazgos clínicos y de laboratorio permiten diferenciarlo del síndrome adrenogenital congénito de los tumores del ovario androgénico y del síndrome de Stein - Reventhos que ya hemos descrito en otros capítulos.

HIRSUTISMO IDIOPATICO.-

A pesar de la frecuencia de este síndrome se conoce muy poco sobre su patogenia. Causas y tratamiento: posiblemente existen varias causas, entre ellas se destacan:

a) una hipersensibilidad constitucional - hereditaria de los folículos pilosos frente a los andrógenos.

b) Una ligera hiperproducción androgénica de la Corteza Suprarrenal.

c) Una posible hiperproducción de Andrógenos por el ovario.

En lo que a la esfera sexual se relaciona se acompaña este cuadro de alteraciones secundarias con un aumento del vello corporal, sexual y facial en la mujer, acompañado, en cuantas circunstancias por acné sin que se presente como en la virilización, aumento del tamaño del clitoris, o cambios masculinos manifiestos.

HIPOFUNCION CORTICOSUPRARRENAL.-

El concepto de insuficiencia córtico-suprarrenal comprende todas aquellas estados en los cuales la producción hormonal no - corresponde a las necesidades orgánicas. Trátase de alteraciones funcionales del sistema hipotálamo - hipófisis - cápsulas suprarrenales o de alteraciones orgánicas. Es importante sobre todo la insuficiencia suprarrenal primaria y secundaria. La insuficiencia córtico suprarrenal primaria, es debida a una alteración de la misma glándula. En la insuficiencia suprarrenal secundaria, la estimulación hipofisaria es insuficiente y la glándula suprarrenal no se halla destruída aunque pueda estar atrófica. La insuficiencia suprarrenal tambien puede ser: Relativa o absoluta, aguda o crónica.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL CRONICA.-

Dentro de los trastornos suprarrenales en los que existe una disminución en la producción hormonal: de esta glándula y en especial las de su porción cortical, ya que la hipofunción no produce trastornos bien definidos, se encuentra la insuficiencia suprarrenal crónica o enfermedad de Addison, de curso progresivo y consecutivo a la atrofia o destrucción lenta de la corteza suprarrenal.

Separándonos de las formas de insuficiencia suprarrenal aguda del recién nacido; las formas pseudoperitoníticas, producidas por la destrucción completa de las glándulas suprarrenales debido a trombosis o hemorragias completas masivas, o en la aplopexia suprarrenal del adulto (Síndrome de Waterhouse Friderichsen), que se presenta en personas que no habían tenido antecedentes algunos de insuficiencia suprarrenal, se encuentran otras formas de insuficiencia suprarrenal leves, a las que se les ha dado el nombre de "petite insuffisance surrenales" o el de Addisonismo Constitucional o "formas larvadas" que no pueden sino considerarse dentro de la misma enfermedad de Addison, aunque incluídas en sus formas le

ves e iniciales.

Existe sí, otro tipo de insuficiencia suprarrenal crónica secundaria a otros procesos endocrinos, como hipopituitarismos, infantilismo hipofisario, estado tímico linfático, debidos al déficit en el estímulo o regulación efectuados por el bloque hipotálamo - hipofisario, que conducen a una ligera insuficiencia de las glándulas suprarrenales y se traducen por una sintomatología parecida a la de la enfermedad Bronceada.

La insuficiencia suprarrenal crónica progresiva, cuya primera descripción científica hiciera el médico inglés Thomas Addison en su célebre comunicación hecha en el año 1849 ante la South London Medical Society, y seis años más tarde en su monografía titulada "On the constitutional and local effects of disease of suprarrenal capsules", representa uno de los estudios clínicos más completos de la enfermedad que lleva el nombre de su autor, y a excepción de la inclusión de la anemia como uno de los signos fundamentales, su estudio de la sintomatología evolución y pronóstico de la enfermedad de Addison, apenas, si han sido modificadas.

1.- Comportamiento genital femenino en la enfermedad de Addison.-

La participación del aparato sexual de la mujer en el cuadro clínico de la insuficiencia suprarrenal es muy importante debido a las íntimas relaciones de los sistemas inter-renal y gonadal. Se estudiarán las manifestaciones que se presentan en las enfermedades de Addison, en las mujeres pre-addisonianas y las sometidas a tratamiento substitutivo.

La iniciación de la vida sexual está determinada por la maduración de las gónadas con aumento de la secreción de hormonas sexuales foliculoides y luteoides que influyen en los órganos sexua-

les secundarios y en el desarrollo somático y psíquico y que se debe principalmente el aumento de secreción de gonadotropinas por el lóbulo anterior de la hipófisis.

También la hormona tirotrópica y corticotrópica empiezan a secretarse. Existen otros factores que en vez de estimular inhiben las actividades sexuales, como son: el timo y la hipófisis.

Existen otros factores que influyen en la aparición de la primera regla. En cambio, en las enfermedades Addisonianas y preadisonianas, la menstruación suele retrasarse. Las alteraciones de la regla son del orden de las oligo o hipomenorreas y el alargamiento en su presentación, así como los periodos de amenorrea que aparecen a lo largo de su vida. Tampoco faltan los trastornos por defecto de las reglas ocurrieron desde el comienzo de la enfermedad.

Los trastornos por exceso, continuaron apareciendo durante la enfermedad.

Por lo general, se manifiesta el predominio por la tendencia a la disminución en días y en cantidad de la menstruación.

Es frecuente también la dismenorrea y en bastantes es tan intensa como para postrarlas en la cama durante los primeros días de sus reglas.

OTRAS FORMAS DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL CRÓNICA-

Insuficiencia cortical suprarrenal aguda: Según Selye cuando el organismo se ve sometido a un "stress" o sobrecarga. Aumentan las necesidades de hormonas suprarrenales; si estas exigencias y aumento de estas, no es rápidamente compensado, con un aporte correspondiente de hormonas se presentan trastornos que por parte aumentan la sobrecarga estableciéndose un círculo vicioso que hace caer al organismo en una insuficiencia suprarrenal aguda, por

no tener este cuadro relación íntima con nuestro trabajo nos limitamos a mencionarlo. Hecho análogo hacemos con otras entidades -- tales como la insuficiencia suprarrenal crónica - congénita que se presenta con gran frecuencia en los primeros días o semanas de la vida. La hipoplasia suprarrenal congénita.

Presentamos para su estudio el resumen de 356 historias clínicas, que hemos extractado en los Archivos del Instituto de Patología Médica, Endocrinología y Nutrición dirigido por el Profesor Dr. D. Gregorio Marañón, en las cuales veremos las alteraciones menstruales que presentan las diferentes endocrinopatías. A continuación presentamos la descripción y el total de las diversas entidades por nosotros recogidas como ya hemos dicho en el Departamento del Profesor Marañón.

HIPOFISIS	Síndrome A. B. D.	14 Casos
	Síndrome Hipotalámico	5 Casos
	Anorexia nerviosa	9 Casos
	Obesidad hipofisaria	3 Casos
TIROIDES	Hipertiroidismo	100 Casos
	Hipotiroidismo	63 Casos
CAPSULAS SUPRARENALES	Enfermedad de Addison	100 Casos
	Síndrome de Cushing	24 Casos
	Síndrome Adrenogenital	38 Casos

Hemos tomado como edad media de aparición de la Menarquia en España en condiciones normales las de 13 y 14 años.

Cuando hacemos referencia a los diferentes grados de amenorrea hemos de decir que ninguno coincidía con estados de embarazo.

Hemos agrupado para su estudio las alteraciones menstruales que presentan las pacientes afectas de diversos procesos hipofisarios y las diversas alteraciones del hipotálamo y del diencefalo.

Reunimos un total de 31 casos y en ellos hemos tratado de buscar una relación en cuanto a su menarquia se refiere y que apareció en el siguiente orden:

A los 10 años	1 caso
A los 11 años	3 casos
A los 12 años	9 casos
A los 13 años	4 casos
A los 14 años	9 casos
A los 15 años	2 casos
A los 16 años	2 casos
A los 18 años	1 caso

A nuestro modo de ver se observa en todas ellas una aparición tardía máxime cuando el acmé se encuentra entre los 12 y 15 años.

La menopausia se presentó solo en una enferma de 50 años que desde hace 2 años, es decir, a los 48 años, dejó de reglar.

SÍNDROME ABD

Hemos revisado los archivos de los últimos 15 años en donde hemos encontrado 14 catorce casos de síndrome A. B. D. en enfermas en las cuales el momento de aparición del proceso es bastante diferente, puesto que se inició en las siguientes edades:

De los 15 a los 20 años	.....	2 casos
" " 20 " " 25 "	.....	1 caso
" " 25 " " 30 "	.....	1 caso
" " 30 " " 35 "	.....	3 casos
" " 35 " " 40 "	.....	2 casos
" " 40 " " 45 "	.....	4 casos
" " 45 " 50 "	.....	1 caso

Es bastante significativo el aumento de la presentación a partir de los 30 años.

En estas mujeres la presentación de la menarquia fué a nuestro parecer de aparición tardía ya que aunque un buen número de casos se presentó entre 12 y 13 años, sin embargo hay cuatro casos de aparición a los 14 y otros tres entre 15, 16 y 18 años. Es decir de este modo:

A los 11 años	.....	1 caso
" " 12 "	.....	3 casos
" " 13 "	.....	3 casos
" " 14 "	.....	4 casos
" " 15 "	.....	1 caso
" " 16 "	.....	1 caso
" " 18 "	.....	1 caso

Las alteraciones que presentaron en sus reglas las enfermas las describiremos a continuación:

Con periodos más o menos largos de amenorrea encontramos 6 casos que

oscilaban entre amenorreas de 1 mes y de 9 meses, y los que nos llamó la atención poderosamente fué que en todas ellas la falta de regla coincidió con la aparición o el aumento de la sintomatología

Las alteraciones por falta de regla aparecieron de este modo en un 41,4%.

Amenorrea de 1 a 3 meses 2 casos

' 3 a 6 " 2 casos

' 6 o más 2 casos

Alteraciones por defecto encontramos:

Oligomenorreas 8 casos

Hipomenorreas 1 caso

Como vemos un total de 64,18% de nuestras enfermas presentan reglas escasas e incluso muy escasas algunas de ellas en cuanto a cantidad y duración se refiere. Hay que resaltar que algunas tuvieron siempre reglas escasas, pero otras, las más, presentaban antes de aparecer este síndrome reglas normales.

Reglas por exceso:

Polimenorreas 1 caso

Proiomenorrea 4 casos

Metrorragias 1 caso

Entre los 14 casos que presentamos, encontramos un total de 41,4% en los cuales había un aumento de la cantidad de menstruación y en otros un acortamiento del periodo de presentación de este.

En dos de nuestras enfermas, el 14,28% siempre tuvieron sus reglas normales y no presentaron con el proceso ninguna alteración en ellas.

Había 7 casadas lo que representa un 50% y siete solteras también, un 50%. De las primeras, todas tuvieron hijos y sólo una tuvo abortos. Sin embargo, aunque en varias de ellas se ha continua-

do el curso clínico, en ninguna aparecieron embarazos posteriores a la enfermedad, si bien sus reglas se han restablecido normalmente después de seguir el tratamiento.

COMENTARIO

Hemos estudiado 14 enfermas afectas del síndrome descrito por Maraño, con el nombre de ABD. Las alteraciones que en este síndrome en cuanto a la esfera sexual se refiere en nuestros hallazgos, han sido: Una menarquia tardía, si consideramos la edad media de presentación en España de 13 años, en nuestras pacientes encontramos entre 14 y 18 años, 7 casos lo que representa un 50% de menarquia tardía. De esta podemos decir que todos los autores consideran la aparición del ciclo después de los 14 años, como de amenorrea primaria y si nos atenemos a ello hemos de considerar que nuestras enfermas presentaron amenorrea primaria en un 21,4% ya que la aparición de su primera regla fue a los 15 años en un caso, a los 16 años 1 caso y a los 18 años, 1 caso.

Los llamó poderosamente la atención el hecho de que un 95% presentaron alteraciones por defecto. De entre estas en un 41,4% presentaron un periodo de amenorrea entre uno y 9 meses coincidiendo esto con la aparición o el aumento de su sintomatología.

Presentaron alteraciones por déficit, un 64,1% especialmente del tipo de oligo e hipomenorrea. Hay que anotar y creemos que es de gran importancia que un 71,4% tenían los ciclos menstruales normales antes de la iniciación de su enfermedad.

En la fertilidad aparentemente no encontramos alteraciones antes de aparecer o instaurarse el síndrome ya que 7 de nuestras enfermas, es decir, un 50% eran casadas y habían tenido varios hijos y un 50% solteras.

Hay un hecho que hacemos resaltar y es que en todas las enfermedades por nosotros estudiadas, incluso en las que estaban casadas, que habían tenido hijos antes de su enfermedad, no volvieron a presentar embarazo cuando aparecieron los síntomas o se instauró la enfermedad. Es decir que encontramos ^{esterilidad en} un 100% en las enfermas afectas de Síndrome ABD.

Suponemos pues que tanto las alteraciones del ciclo menstrual condicionando amenorreas u otras alteraciones por déficit, así como la esterilidad, sean debidas al desequilibrio presentado en los centros hipotalámicos que condicionan una inestabilidad diencefálica, que altera el normal funcionalismo del bloque diencefalo-hipófisis-suprarrenal y gonadas, condicionando las alteraciones menstruales que ya hemos descrito.

SINDROME HIPOTALAMICO

La mayoría de los observadores admiten que tanto el hipotálamo como la hipófisis neural regulan los cambios acuosos. Interviene también en el metabolismo de los glúcidos y tiene una marcada acción sobre el metabolismo de las grasas.

Se admite generalmente que desempeña un importante papel en la regulación de la temperatura pues sus lesiones van seguidas de hipertermia o de hipotermia, y en la regulación del sueño con una marcada somnolencia frecuente.

Se acompaña de atrofia genital con obesidad o sin ella, incluso con integridad hipofisaria. Como las hormonas hipofisarias, mejor dicho prehipofisarias gonadotropas actúan independientemente de las vías nerviosas, es posible que las lesiones hipotalámicas afecten indirectamente a la función gonadal.

Hemos considerado de capital importancia la presentación de cinco casos afectados de síndrome hipotalámico. Las enfermas que presentamos tenían edades que oscilaban entre los 20 y los 45 años. De entre ellas había tres que eran casadas y que corresponden a un 60% y las tres eran fértiles no habiéndose presentado en ninguna de ellas abortos. Las otras dos, el 40% eran solteras.

Sus reglas presentaban las siguientes alteraciones:

Amenorrea de 1 a 3 meses 1 caso que supone el 20%.

Este periodo amenorreico remitió al serle puesto un tratamieto hormonal.

Alteraciones por defecto se presentan en todos los casos. Es decir, a nuestro parecer es muy significativo el que estas 5 mujeres, presentan reglas escasas, ya que en ellas había:

Oligomenorrea 3 casos

Hipomenorrea 2 casos

Supone un 100%.

Sin embargo y esto tambien lo hemos de hacer notar, dos enfermas que eran casadas y una de las solteras, hasta la presentación de la enfermedad, habían tenido reglas normales, comenzando con su sintomatología genital a raíz de instaurarse el cuadro.

La menarquia en estas enfermas se presentó:

A los 12 años 3 casos

" " 14 " 1 caso

" " 16 " 1 caso

COMENTARIO

Hemos estudiado 5 casos en los cuales observamos alteraciones menstruales caracterizadas por defecto, amenorrea, oligomenorrea e hipomenorrea.

Según la descripción hecha por Bauer, de lesiones del tuber cinereum, tubérculos mamilares e infundíbulos, ya sean simplemente inflamatorias o tumorales, que afectan o destruyen el hipotálamo, y es de sobra conocida la íntima relación de éste con la hipófisis, creemos que las alteraciones sexuales que se han presentado son debidas a una falta de estímulo hipofisario especialmente en la secreción de las hormonas gonadotropas, bien sea de la H. F. E. o de la B. L. que al no producirse en la hipófisis condicionan alteraciones en la esfera sexual tales como el retraso en el desarrollo del aparato genital, pubertad retrasada, oligomenorrea, en unas y amenorrea primaria o secundaria total o parcial manifestaciones que son propias de la juventud. En la edad adulta las manifestaciones sexuales están caracterizadas por amenorrea secundaria, oligomenorrea y esterilidad. La anterior descripción concuerda y corrobora nuestros hallazgos pues hemos encontrado en nuestro estudio menarquia tardía ya que nuestras pacientes presentaron su primera regla entre los

12 y 16 años, amenorrea en el 20%, y alteraciones por defecto en un 100%.

Como decíamos anteriormente suponemos que todas estas alteraciones dependen de las lesiones hipofisarias que al no producir las gonadotropinas no hay estímulos suficientes condicionándose una falta de maduración ovárica que se traduce en una ausencia o déficit del ciclo menstrual según expresamos anteriormente.

ANOREXIA NERVIOSA

Estudiamos 9 casos de anorexia nerviosa y todas las enfermas que presentamos eran solteras. Sus edades oscilaban entre 16 y 37 años todas con profesiones u ocupaciones distintas y de muy diversas clases sociales.

La menarquia apareció a la edad que presentamos en la tabla que a continuación describimos.

A los 11 años 2 casos

" " 12 " 2 casos

" " 13 " 1 caso

" " 14 " 3 casos

" " 15 " 1 caso.

En ellas las alteraciones de las reglas se presentaron del siguiente modo:

Amenorrea de 1 a 3 meses 1 caso

" " 3 a 6 " 3 casos

Es decir, en el 44,4% hubo baches amenorreicos de 1 a 6 meses de duración.

Oligomenorrea 3 casos

Hipomenorrea 1 caso

Opsomenorrea 2 casos

Como vemos, el, 74,4% presentaba alteraciones por defecto.

Alteraciones por exceso, sólo se presentaron en el 33,3% de los casos de la siguiente forma:

Polimenorrea 2 casos

Prolomenorrea 1 caso

COMENTARIO

Teniendo en cuenta que esta enfermedad coincide con un estado

nutritivo deficitario, con pérdida excesiva de peso y déficit proteico y de vitaminas, el funcionalismo hipofisario se lesiona y altera ya que el stress a que están sometidas estas enfermas deplecciona la función hormonal hipofisaria siendo sus hormonas de naturaleza proteica y necesitando un aporte de vitaminas especialmente C. Hay una alteraciones en la producción de hormonas hipofisarias, de gonadotropinas, siendo el ciclo menstrual función de lujo resulta ser el primero que se altera, como hemos podido observar en el estudio de las enfermas que antes hemos expuesto.

Suponemos que las alteraciones menstruales que presentaron son debidas a falta de producción de hormonas hipofisarias estimulantes de las gonadas, y a una ausencia en la respuesta de estas que quizá después del tratamiento pueda regularse nuevamente el ciclo menstrual.

OBESIDAD HIPOFISARIA

Las manifestaciones correspondientes a la obesidad son de sobra conocidas. En su forma más acusada todo el cuerpo se convierte en una masa informe, al tiempo que desaparecen los rasgos característicos de la cara y los relieves corporales. Hay una inhibición acusa de los tejidos por los tejidos por lo que el peso corporal aumenta más todavía. Hay varios tipos de obesidad: tipo Ducum, Tipo Cushing, distrofia tipo Fröelich etc.. La mayor parte de las veces la causa de este trastorno reside en la presencia de un adenoma basófilo de la hipófisis, o por lesiones del hipotálamo o en ambas a la vez. Helherington y Rauson en ratas y Heindecher y Whith en perros han producido una adiposis destruyendo el hipotálamo central o los núcleos paraventriculares. Y según Raah la lipotimia que también se encontró en el L. P. H. estimularía un centro hipotético del metabolismo graso situado en el tuber cinereum que emitiría sus impulsos hasta el hígado a través de la médula espinal y de los nervios espléncicos.

En nuestro trabajo encontramos sólo 3 casos de obesidad, hipofisaria que aparecieron en mujeres; una soltera de 22 años, cuya menarquia se presentó a los 10 años, y las otras dos casadas, una de 35 años y la otra de 47 con menarquia a los 12 y 14 años respectivamente, la de 47 años, hacía 8 años que estaba viuda. Las alteraciones que se presentaron en sus reglas las exponemos a continuación con el siguiente orden:

Amenorrea

De uno a 3 meses 1 caso

Solamente una de ellas presentó un periodo de amenorrea com rendido entre 1 y 3 meses, lo que supone estadísticamente un 33,3% esta enferma es soltera y refiere que después de haber tenido la

menarquia ha tenido baches amenorreicos y durante estas épocas se ha acentuado su hipertrichosis.

Trastornos por defecto:

Oligomenorreas 2 casos

Pudiera parecer extraño puesto que solo presentamos los casos pero se debe a que tanto en la enferma anterior como en la que tenía 47 años han sido mujeres con reglas muy escasas es decir, que el 66,6% son oligomenorreicas.

Trastornos por exceso:

Poli con hipermenorrea 1 caso -- 33,3%

Los trastornos por exceso sólo aparecen en una enferma, que además de presentar poli e hipermenorrea, ha presentado menorragias varias veces a lo largo de su vida genital.

Muy significativo es también que aunque había 2 casadas 66,6% y una soltera 33,3% solamente la enferma que tuvo trastornos por exceso fue la fértil, si bien no ha tenido más que un hijo y es importante reseñar que a partir de este embarazo la enferma empezó a presentar el cuadro de adiposidad por el cual hoy consulta.

COMENTARIO

Hemos estudiado tres enfermas afectas de obesidad hipofisaria en las cuales se encontraron alteraciones por defecto, en los casos lo que supone un 75% y en un caso encontramos alteraciones por exceso, es decir representa un 25%. Observamos alteraciones en la fertilidad en todas ellas lo que representa un 100%.

Dada la circunstancia de nuestra escasa casuística no podemos pronunciarnos ampliamente hacia ninguna consideración y esperamos posteriormente sea estudiado el interesante problema con mayor amplitud.

Suponemos que las lesiones condicionadoras de este cuadro, obedezcan como ha descrito Camus y Reussy, Bailey, Bremer y Smith sean debidas a lesiones hipotalámicas o infundibuliformes que lesionan el centro regulador del apetito, que desencadenan la bulimia y por este mecanismo el aporte alimenticio que condiciona la obesidad.

De endocrinopatías hipertiroides hemos recogido 100 casos correspondientes a los últimos 20 años del Archivo de historia del Instituto de Patología Médica. Los hallazgos que hemos observado los describiremos en el siguiente orden.

Primero; Aparición de la menarquia a los

11 años	2 casos
12 años	22 casos
13 años	49 casos
14 años	18 casos
15 años	6 casos
16 años	2 casos
17 años	0 casos
18 años	1 caso

En estas pacientes la regla apareció con mayor frecuencia entre los 12 y los 14 años, fecha corriente de aparición en las púberes españolas. Hubo 9 casos de aparición tardía y en 14 de ellas había antecedentes de alteraciones tiroideas en sus familias.

Las edades de aparición del proceso varían enormemente si bien es muy marcado; el cuadro es el siguiente:

10 a 15 años	2 casos
15 a 20 años	8 casos
20 a 25 años	17 casos
25 a 30 años	39 casos
30 a 35 años	10 casos
35 a 40 años	16 casos
40 a 45 años	12 casos
45 a 50 años	5 casos.

Es decir, hay una aparición de la hiperfunción del tiroides al comenzar la madurez sexual encontrando un 47% en nuestras pacientes entre los 20 y 30 años, que se acentúa después de los partos y en las lactancias y que luego incluye para elevarse de nuevo hacia el fin de la función

en la
vática y desciende postmenopausia.

Las alteraciones menstruales responden de este modo:

amenorreas 1 a 3 meses 15 casos

" 3 a 6 meses 10 casos

" 6 o más " 8 casos

Es decir, el 33% de estas pacientes sufren baches amenorreicos pero que en
11 de ellas, el 21% responden al tratamiento regresando al cuadro y nor-
malizándose las reglas mientras están llevando a cabo su medicación.

Reglas por defecto se presentan:

oligomenorreas 14 casos

hipomenorreas 21 casos

psomenorreas 17 casos

Es decir, un 52% de las pacientes y en las que aparecen con más frecuen-
cia es en las comprendidas hasta los 25 años sobre todo en las solteras.

Alteraciones por exceso:

polimenorreas 21 casos

ipermenorreas 8 casos

En un 39% de las mujeres había alteraciones por exceso en cuanto a dura-
ción e intensidad de la regla.

Metrorragias presentaban 11 de ellas en las que en 6 se diagnosticó mio-
ma uterino y de las cuales 2 habían sido histerectomizadas subtotales -
por dicha causa.

En otras 12 pacientes había reglas completamente normales y en
tres de ellas realmente el proceso era de ligera hiperfunción.

De todas estas enfermas que presentamos, había 68% casadas y de ellas
el 57% fueron fértiles con varios hijos y un 26% tuvieron abortos y el
17% restante eran solteras. Si bien de estas había un 3% con hijos.

14 de estas mujeres se presentó la menopausia en esta fecha;

los 39 años 1 caso

a 42 " 3 casos

42 a 44 años 2 casos
 44 a 46 años 5 casos
 46 a 48 años , , 1 caso
 48 a 50 años 2 casos.

Podemos ver como en un 11% de nuestras enfermas encontramos la presentación de una menopausia precoz.

COMENTARIO

Hemos podido observar en el estudio de estos 100 casos que hay un 52% de alteraciones por defecto, un 40% de alteraciones por exceso y un 33% falta de menstruación.

Suponemos que de acuerdo con la opinión de Seitz y Khoeler en los casos de extraordinaria gravedad de Basedow se presentó una amenorrea: hecho que hemos podido comprobar ya que en nuestra estadística señalamos un 33%.

Como dicen estos autores es probable que estas alteraciones por defecto puedan atribuirse a un exceso de hormonas tiroideas. Caso análogo lo demuestran las experimentaciones hechas por Macsood -- quien asegura que el aumento excesivo de hormona tiroidea favorece 1º un aumento del desarrollo del ovario y consecutivamente -- una atrofia del mismo.

En las alteraciones tiroideas de grave intensidad encontramos un 52% . Podemos decir por tanto, que los grados mayores de hipertiroidismo según Lissner el tipo menstrual que se observa más frecuentemente son las alteraciones por defecto.

En los casos menos graves el tipo menstrual que se observa más frecuentemente era el de las reglas proio o hipermenorreicas e las cuales hemos encontrado un 40% hecho que concuerda con las descripciones de Koehler y Zondek quienes han visto casos de Basedow de mediana intensidad acompañándose de metrorragias. Lederer informó en las hipertiroideas benignas que la menstruación estaba exal

adas y que en las tireotoxicosis graves había amenorrea.

Podemos decir por tanto que de acuerdo con las mencionadas autoras y según sea el nivel en sangre de hormona tiroidea los casos graves se presentan con amenorrea y en los grados menores de hipertiroidismo de un 21% de nuestras estadísticas normalizaron sus ciclos menstruales con el tratamiento antitiroideo.

Presentamos 63 casos de enfermas con hipotiroidismo que hemos encontrado en los archivos del Servicio de Patología Médica del Prof. Mariñón. Hay que resaltar que es muy frecuente en la clínica la presencia de hipotiroidismos bajo la forma de cretinismo en menores de 12 años sobre todo en pacientes del sexo femenino, pero nosotros no los hemos recogido por carecer de historia genital.

La menarquia apareció en este orden:

a	los 12 años	.....	10 casos
"	" 13 "	.....	22 casos
"	" 14 "	.....	18 casos
"	" 15 "	.....	5 casos
"	" 15 "	.....	4 casos
"	" 16 "	.....	2 casos
"	" 17 "	.....	1 caso
"	" 18 "	.....	1 caso

Como se puede ver es muy frecuente la menarquia tardía en las mujeres afectas de hipotiroidismo. Pero sin embargo, y aunque vemos en los casos la aparición a los 12 años y en 22 casos la aparición a los 13, es debido a una tiroidectomía y por tanto realmente estas mujeres fueron primeramente hipertiroideas.

El cuadro menstrual es el siguiente:

Amenorrea de 1 a 3 meses	.....	12 casos
" 3 a 6 "	.....	8 casos
" 6 o más	.....	4 casos.

Es decir que un 38,09% son mujeres con periodos más o menos largos de amenorrea e incluso hay dos casos que desde hace más de 6 años no presentan amenorrea.

Oligomenorreas 18 casos.

ipomenorreas 21 casos.

Es necesario señalar que un gran número de pacientes hasta tal punto que supone un 61,90% de las mujeres presentan un hipotiroidismo, tienen sus reglas con una gran cantidad de alteraciones por defecto. Las reglas son escasas en cuanto a duración y sus periodos de presentación son muy largos. En estas mujeres sobre todo es frecuente ver alteraciones de la piel, que es seca y rugosa, con descamación furfurácea, caída de vello y del cabello y gran sensibilidad al frío con sabañones.

Por exceso:

Polimenorrea 10 Casos.

Hipermenorrea 8 Casos.

En un 28,57% de las enfermas aun a pesar de la existencia del cuadro hipotiróideo este no produjo alteraciones en sus reglas, aunque realmente el cuadro era de ligera intensidad en muchas de ellas. Otros 2 casos, del 3,17% de las reglas se acompañaban de metrorragias. También hemos de resaltar que en 4 mujeres las reglas eran normales. De las 63 pacientes presentadas, 47 es decir un 74,60% eran casadas y 8 de entre estas, viudas. De ellas, 34 fueron fértiles el 53,9% incluso con 8 partos una de ellas. Otras 14 de estas tuvieron abortos incluso 20 una de ellas y en 7 los abortos fueron posteriores al padecimiento de la enfermedad.

Solteras había 16, es decir, el 25,39%.

Entre estas pacientes encontramos 7 menopausias en las que el momento de aparición fué:

e los 40 a los 42 años 2 Casos.

e los 42 a los 44 años 1 Caso.

e los 44 a los 46 años 3 Casos.

e los 46 a los 49 años 1 Caso.

COMENTARIO

Hemos estudiado 63 pacientes de las cuales, 34 presentaron un

cuadro amenorreico dos de ellas de más de 6 años y en 39 se presentaron alteraciones por defecto siendo oligomenorreicas 18 casos e hipomenorreicas 21. Es decir, que un 61,90% de nuestras pacientes presentaron alteraciones por defecto, hecho este que concuerda con los cuadros de amenorrea descritos por Siegles, Williams y Botella y corroborado por los estudios de Mavromati y Aepli, quienes estudiando la citología vaginal de las mujeres, han encontrado un estado de persistencia de la fase folicular con un aumento de las células estrogénicas y falta de elementos luteínicos y de cuerpo amarillo en relación con las deficiencias tiroideas. T

Todo esto condicionado al parecer por una deficiencia o ausencia absoluta de la hormona tiroidea que como ya hemos visto en los síndromes hipertiroideos su tasa normal en sangre estimula al ovario en su formación bifásica y en dosis excesivas o por ausencia lo inhiben, traduciendo se las alteraciones menstruales bien sea ausencia total de ciclo o déficit de este.

Un hecho que nos ha llamado la atención, es que posiblemente las alteraciones que hemos observado en el ciclo menstrual se deban a la ausencia completa de la hormona tiroidea y a la falta consiguiente de estímulo en el endometrio que se atrofia y por todo ello se traduce en alteraciones de maduración folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo reflejándose en alteraciones del ciclo.

Hacemos resaltar que de nuestro estudio pudimos apreciar que 14 de nuestras enfermas es decir, un 21,87% presentaron abortos de repetición y una de ellas presentó 20, hecho que concuerda con lo descrito por Siegles y Botella que dice haber hallado la aparición de abortos que estos autores relacionan por pérdida de la acción morfogenética que la tiroxina desarrolla en los órganos genitales y sobre el embrión. También hemos podido observar la aparición de una menarquia tardía en un 46,89% y de menopausia precoz en un 10,93%.

Hemos encontrado alteraciones de la fertilidad en 47 enfermas de las cuales, 13 fueron esébiles, lo que supone el 27,6%. Habían sido fértiles 34, es decir, el 53,9%. Estas últimas no volvieron a tener embarazos cuando apæecieron o se acentuaron los síntomas de su enfermedad.

Encontramos pues, en realidad, esterilidad, en un 74,6% de nuestras enfermas.

Hemos estudiado 100 casos de hipofunción de las cápsulas suprarrenales. En estas 100 pacientes que padecían Enfermedad de Addison, estudiaremos el comportamiento genital en esta enfermedad y sus manifestaciones clínicas en cuanto al ciclo menstrual, se refiere.

La participación del aparato genital femenino frente al cuadro clínico de la enfermedad de Addison o de la insuficiencia suprarrenal crónica es muy importante dado el hecho de la gran afinidad que tienen en sus íntimas relaciones en el acto menstrual ya sea en su forma pre addisoniana o en franca y manifiesta enfermedad, así como en las ya sometidas al tratamiento compensador o sustitutivo.

Menarquia: La aparición de la menstruación marca el comienzo de la vida sexual de la mujer, que a pesar de que en la primera hemorragia menstrual no siempre es obligada la primera ovulación que en muchos casos se presenta posteriormente, sí define los primeros caracteres sexuales de estas y sólo cuando aparece el ciclo ovulador es cuando la mujer alcanza su verdadera madurez sexual.

La aparición de la pubertad y la menarquia los fenómenos - que en ella se efectúan, el comportamiento hormonal, et.. ya ha sido tratado en el capítulo correspondiente a fisiología de esta y por lo tanto, aquí no hemos de referirnos más que en su relación íntima con la enfermedad de Addison.

Estadísticas realizadas en diferentes lugares revelan que la enfermedad de Addison, es 2 veces más frecuente en el hombre que en la mujer. No está aún bien aclarado el por qué de este hecho y las circunstancias en que concurren o puedan concurrir a este respecto; se ha pensado en la actividad de la vida diaria y el stress a que está sometido el varón por su trabajo, sería un factor coadyuvante en el debilitamiento suprarrenal en un -

órgano de por sí ya debilitado en su función por la enfermedad. Respecto a la edad de aparición de las primeras manifestaciones del hipocorticismos, según Marañón, corresponde a la 2ª y 3ª décadas de la vida; este autor lo atribuye a la mayor actividad sexual de este periodo. Sin embargo, son muchas los casos en que la enfermedad aparece en menores o mayores como podemos ver en la siguiente relación de los casos, 100, por nosotros recopilados, donde hemos encontrado 19 casos en los que ha aparecido la enfermedad antes de los 20 años, tres de ellos menores de 15 y 5 casos en pacientes de más de 50 años.

Edad de aparición de la sintomatología en 100 mujeres:

Entre 10 a 20 años	11 casos
" 20 a 30 años	36 casos
" 30 a 40 años	30 casos
" 40 a 50 años	20 casos
" 50 a 60 años	2 casos
" 60 a 70 años	<u>1 caso</u>
	100 casos

Del estudio que hemos realizado en nuestra recopilación de historias, 100 casos hemos podido observar que en las enfermas que padecían un pre-addisonismo así como en las addisonianas declaradas y con francas manifestaciones clínicas, la aparición de la menarquia se retardó como podemos ver en la siguiente tabla:

A los 10 años	1 caso
" " 11 años	5 caso
" " 12 años	17 casos
" " 13 años	23 casos
" " 14 años	22 casos
" " 15 años	15 casos
" " 16 años	10 casos

A los 17 años 7 casos

" " 19 años 2 casos

" " 20 años 1 caso

En una enferma que padecía enfermedad de Addison, a los 15 años, no había tenido aún su primera regla

Podemos en la tabla anterior que el porcentaje de menarquia presentado después de los 13 años es de un 56% dato bastante elevado.

La presentación de la menarquia después de los 14 años da un porcentaje de 35% que también es bastante considerable.

Podemos deducir pues, que la aparición de la menarquia en pacientes pre-addisonianas o en la que posteriormente padecieron la enfermedad, se presenta con un retardo en la aparición de un 49,6%.

TRASTORNOS DEL CICLO MENSTRUAL

Por las observaciones realizadas tanto en la clínica del Profesor Marañón, como en otras, hemos podido apreciar que las alteraciones del ciclo menstrual en la enfermedad de Addison son bastante frecuentes, como lo son en la mayoría de las afecciones crónicas que afectan al estado de nutrición de las pacientes.

Más adelante cuando hablemos de las lesiones hipofisarias veremos también alteraciones por déficit nutritivo de todas formas en esta enfermedad es notoria la gran cantidad de pacientes que presentan trastornos en sus reglas. Observándose alteraciones, tanto en más como en menos; amenorrea y alargamiento, alteraciones del ritmo o en el cuadro que presentamos a continuación, veremos estas alteraciones.

amenorrea de 1 a 3 meses 11 casos

" " 3 a 6 meses 5 casos

" " 6 o más " $\frac{11}{26}$ casos

Estos 26 casos que presentaron amenorrea fueron todas muy durades.

as es una cifra bastante elevada.

studiaremos a continuación los trastornos por defecto y por exceso en los 100 casos que hemos recopilado:

trastornos por defecto:

ligomenorrea 9 casos
hipomenorrea 11 casos
psomenorrea 4 casos
tipos mixtos 14 casos
38 casos

trastornos por exceso:

polimenorrea 8 casos
hipermenorrea 1 caso
roidimenorrea 2 casos
tipos mixtos 4 casos
15 casos

normal $\frac{53}{100}$ casos.

Como podemos ver se presenta un 38% de alteraciones en ciclo mensual por defecto, y un 15% por exceso en las pacientes que sufren una hipofunción suprarrenal ya sea que esta se presente como una típica enfermedad de Addison o en aquellas que tienen un síndrome readdisoniano.

studiaremos a continuación el cuadro dismenorreico que presentan las enfermas que hemos recopilado, y veremos como es también bastante frecuente la presentación de dismenorreas acompañadas a esta enfermedad. Hemos podido observar:

dismenorrea intensa 11 casos
severa dismenorrea 22 casos
dismenorrea moderada 8 casos
41 casos

as alteraciones menstruales en las cuales el ciclo no volvió a apa

recer en nuestras enfermas, fué bastante grande en algunas de -
ellas: La amenorrea se hizo persistente a pesar del tratamiento -
condicionado una menopausia precoz aunque su edad no fuera la del
fin de la función sexual y que no puede atribuirse más que a la -
insuficiencia córtico-suprarrenal.

Encontramos amenorrea definitiva en 6 casos de enfermas cuya edad
oscilaba entre los 15 y 30 años; 4 casos cuyas edades fueron de
30 a 40 y los otros siete casos con: 2 con 41; 2 con 42 y 1 con
43; 1 con 44 y 1 con 45 años. En todas nuestras enfermas la ameno
rrea se presentó cuando empezó la enfermedad. Sumándose a ~~sin~~ sim
tomatología típica de la enfermedad, sofocos, cefaleas, cambio
de carácter, etc....

COMENTARIO

Las alteraciones de tipo sexual en la mujer, han sido interpreta-
das de varias y diferentes maneras: algunos autores atribuyen es-
tas alteraciones a la esfera sexual y el ciclo menstrual como de-
bidas a las alteraciones metabólicas traducidas por mal estado d
e nutrición, en que se encuentran estas enfermas, y a su altera-
ción de Déficit orgánico general. Otros los atribuyen a las altera-
ciones gonadales condicionadas por la hipofunción suprarrenal. Otros,
por último, a la combinación de ambas.

En nuestra revisión hemos podido ver que existen trastornos de la
función sexual y especialmente del ciclo menstrual que dependen
en su mayoría de la insuficiencia suprarrenal dado el hecho de la
estrecha relación que existe entre la función de las cápsulas su-
prarrenales, y las gonadas; también hemos de tener en cuenta las
alteraciones del estado general y en especial del nutritivo puesto
que el ciclo menstrual como dice algún autor, es función de lujo

ya que en muchos de ellos a pesar del tratamiento hormonal sustitutivo no se modifican las alteraciones menstruales, ni en aquellas enfermas que presentaron una menarquia tardía esta no apareció después del tratamiento.

Hemos de aceptar que siendo la enfermedad de Addison productora de grandes trastornos metabólicos, esta circunstancia debe coadyuvar y favorecer la presentación de estados deficitarios en la esfera sexual. Teniendo en cuenta que es la T. B. C. la que da origen a la enfermedad, nosotros creemos que junto con las alteraciones metabólicas, la insuficiencia suprarrenal y no debemos olvidar la participación hipofisaria en la T. B. V. concomitante la que ayuda a condicionar la presentación de las alteraciones menstruales, en esta enfermedad. Sería muy interesante estudiar practicando la biopsia, el microlegrado y la citología vaginal y endometrial también la tuberculosis genital condicionando las alteraciones del ciclo menstrual.

SÍNDROME DE CUSHING

Hemos estudiado 24 enfermas que presentaban un síndrome de Cushing y en ellas hemos podido encontrar las siguientes alteraciones menstruales:

La menarquia se presentó del siguiente modo:

A los 10 años 1 caso
A los 11 años 9 casos
A los 12 años 6 casos
A los 13 años 4 casos
A los 14 años 3 casos
A los 15 años 1 caso

A nuestro parecer la menarquia se presentó de manera precoz, ya que se presentó antes de los 14 años en 23 casos, es decir, un 95,8% , y sólo un caso, 4,1% de menarquia tardía.

Las reglas presentaron alteraciones por falta, defecto y exceso de ellas.

La amenorrea se presentó:

De uno a tres meses 5 casos
De tres a seis meses 3 casos
De seis o más 6 casos.

Es decir, que un 68,3% presentaron baches amenorreicos que tuvieron diversa duración.

Reglas por defecto presentaron:

Oligomenorrea 9 casos
Hipomenorrea 5 casos
Opsomenorrea 2 casos

O sea que también se presentaron un total de 66,1% de alteraciones de la regla por defecto en cuantía, duración y presentación.

Las alteraciones por exceso son menos frecuentes; sólo en un

37,5% , repartidos de esta manera:

Polimenorrea 6 casos

Hipermenorrea 3 casos

En dos casos, un 8,3%, se presentaron reglas normales sin alteraciones. Encontramos 15 casos, es decir, el 62,5% de enfermas solteras y en 9, un 37,5% eran casadas. De estas, 6 fueron fértiles, es decir, el 25% y tres de ellas, el 12,5% presentaron abortos. Esterilidad presentaron 3 enfermas, es decir un 12,5%.

COMENTARIO

Estudiamos 24 pacientes afectas de síndrome de Cushing, en las cuales hemos podido observar la aparición de una menarquia precoz, en 16 casos, lo que representa un 95,8%, las alteraciones del ciclo menstrual fueron más acusadas en defecto de éste, ya que 14 de nuestras enfermas presentaron amenorrea, es decir, un 68,3%, y encontramos que en 16 de nuestras pacientes hubo alteraciones del ritmo, especialmente, oligomenorrea, hipomenorrea y opso menorrea, que dan un 66,1%. También encontramos alteraciones de la fertilidad, haciéndose estériles, las que habían sido fértiles antes de padecer su enfermedad.

Suponemos que, estando caracterizado este síndrome por lesiones bien sean de origen hipofisario o suprarrenal, con una hiperproducción hormonal, especialmente, de hormonas córticosuprarrenales que inhiben la formación de hormonas gonadales y condicionan alteraciones en los caracteres sexuales secundarios; al romperse el equilibrio hormonal y afectarse los órganos genitales, tanto internos como externos, se producen en alteraciones reflejadas en el ciclo menstrual, como anteriormente hemos descrito, que han ido progresando a medida que la sintomatología de su enfermedad era más evidente.

SÍNDROME ADRENOGENITAL

Encontramos en la revisión de 38 Historias de hiperfunción suprarrenal las alteraciones menstruales que detallamos seguidamente.

La menarquia se presentó en estas enfermas en las siguientes edades:

A los 11 años 2 casos

A los 12 años 10 casos

A los 13 años 14 casos

A los 14 años 7 casos

A los 15 años 3 casos

A los 16 años 2 casos

Es decir, que a nuestro parecer se trata de enfermas con menarquia tardía puesto que encontramos 7 casos a los 14 años lo que supone un 18,4%; 3 a los 15 y 2 a los 16.

En cuanto a las reglas presentaron las siguientes alteraciones:

Encontramos periodos de amenorrea que varían entre un mes y 4 años, en una de las enfermas y en las cuales es muy patente el aumento de su sintomatología después de la desaparición de las reglas.

Las alteraciones por falta de regla aparecieron en un 20,9% de nuestras enfermas distribuidas en las siguientes proporciones:

AMENORREA de 1 a 3 meses 2 Casos

AMENORREA de 3 a 6 meses 2 Casos

AMENORREA de 6 o más meses 4 Casos.

Alteraciones por defecto encontramos:

OLIGOMENORREA 8 casos

Hipomenorrea 6 Casos

Es decir, que en un 26,2% se presentaron alteraciones por defecto bien en cuanto a duración o intensidad de la regla se refiere y en las que hay que señalar que se presentaban estas manifesta-

nes ya desde antes de aparecer las alteraciones clínicas evidentes de este síndrome en todas las enfermas si bien se agudizaron a medida que su sintomatología se hizo más creciente p al aparecer la agudización o hacerse francamente manifiesto el proceso.

Las alteraciones por exceso fueron de menor frecuencia encontrando:

POLIMENORREA 7 Casos

HIPERMENORREA..... 5 Casos

METRORRAGIAS 2 Casos

Es decir que un 36,7% presentaron reglas abundantes.

Entre las enfermas había 16 que eran casada, es decir, un 42,1% y solteras eran 22 o sea un 57,8%. De entre las primeras pudimos encontrar 10 con un 26,5% de fertilidad y de ellas, en 6 casos se presentaron abortos, es decir, en un 15,7%.

Ninguna de ellas volvió a quedar embarazada.

COMENTARIO

Hemos estudiado 38 pacientes afectas de síndrome adrenogenital en las que hemos podido observar la aparición de una menarquia tardía ya que en 12 de nuestras enfermas, es decir, un 42,1% , encontramos alteraciones por defecto: Amenorrea en 8 casos, lo que representa un 20,9%; oligo e hipomenorrea en 14 casos, que dan un 26,2%.

Observamos alteraciones en la fertilidad, ya que las pacientes que habían sido fértiles, antes de padecer su enfermedad se hicieron estériles; de las 10 enfermas casadas, lo que supone un 26,5%, que fueron fértiles antes de la iniciación de su cuadro no volvieron a quedar embarazadas después de padecer la enfermedad

Creemos pues que todas las alteraciones en cuanto al ciclo -

menstrual se relaciona están condicionadas porque habiendo, como ya hemos dicho, un trastorno de la síntesis de los esteroides corticales que condicionan una hiperplasia de las cápsulas suprarrenales a consecuencia de estas alteraciones el cortisol inhibe la producción de ACTH la gran producción de andrógenos y esteroides estragénicos inhiben la producción de gonadotropina de modo que los geritales no llegan a alcanzar su madurez funcional y se reflejan en las alteraciones menstruales que hemos descrito anteriormente, y que como ya hemos dicho son más acentuadas en los ritmos menstruales por defecto.

PROTODCOLOS

RESUMENES DE 356 HISTORIAS

H I P O F I S I S

S I N D R O M E A B D 14 Casos

H I P O F I S I S

S I N D R O M E H I P O T A L A M I C O 5 Casos

HIPOFISIS

ANOREXIA NERVIOSA 9 Casos

H I P O F I S I S

O B E S I D A D H I P O F I S A R I A 3 Casos

médico que le diagnosticó de insuficiencia tiroidea. Le puso un tratamiento y como no experimentara gran mejoría, lo dejó. Así - ha estado hasta que desde hace 4 años, se le agudizaron los síntomas anteriores y comenzó a engordar. Síndrome A. B. D.

2D132.- B. P. M. de 37 años. Soltera. Natural de Marca. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/27. Reglas escasas, Durante los años de la guerra, estuvo muy mal alimentada y posteriormente en los años consecutivos, presentó una amenorrea de 5 meses de duración que fue diagnosticada de amenorrea de hipocalimentación. Sin embargo, desde hace sólo 7 años, es desde que ella se siente muy nerviosa - uniéndose a estos síntomas unos intensos zumbidos de oídos que le molestan mucho. El aspecto de la enferma es ligeramente hipogenital con escaso vello axilar y pubiano. Presenta disnea de esfuerzo pero la exploración cardiaca no aclara nada este síntoma. Exoftalmos más del lado izquierdo. Síndrome A. B. D.

203021.- M. L. A. F. 26 años. Soltera. Natural de Bilbao. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/30. Presenta reglas muy irregulares, - hasta el punto de que hace seis meses tuvo más de 90 días de amenorrea, y actualmente, las reglas son oligomenorreicas. Presenta cefaleas matinales. Ha sufrido la enferma, según versión propia, varios "desmayos" pero en ninguno de ellos ha tenido pérdida de conocimiento. En los meses que ha durado su amenorrea, lo que sí ha observado, es una hipertrofia en miembros superiores e inferiores y en el labio superior. Vello areolar. Síndrome hipófiso-hipotalámico, con hirsutismo y craneopatía fibrosa.

20329.- R. M. C. 33 años. Soltera. S. L. Natural de Madrid. Menar-

quia a los 13 años. Tipo 5/28. Después de la guerra amenorrea que le duró 14 meses. Tipo actualmente 4/28. Después de la esto, tuvo un parto normal. Hace 7 años, que padeció un gran reumatismo - poliarticular agudo que la tuvo en cama durante unos meses. Cuando se levantó de la cama había perdido 30 Kg. Síndrome hipófiso - hipotalámico con adelgazamiento.

20377.- C. G. N. - 39 años. Casada. S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/25. Sin embargo, desde hace algún tiempo, unos 4 años, la enferma presenta fases de somnolencia hasta el punto de que se dormía estando de pie en la calle, al tiempo ya ha ido notando un aumento progresivo de su peso. Síndrome hipotalámico.

20383.- E. R. S. - 43 años. Casada. Natural de Alcoy (Alicante) Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28-30. Tiene dos hijos sanos. Hace unos cuatro años tuvo un grandísimo disgusto familiar, lo q. influyó enormemente en la enferma hasta el punto que sus reglas que siempre habían sido normales, empezaron a faltar durante diversos periodos que fueron de dos, tres y hasta cuatro meses de amenorrea. Presenta cefaleas casi adiarico con tendencia al engrasamiento. Abusa mucho de los analgésicos pues según dice, es lo único que la calma. Síndrome hipófiso-hipotalámico.

20555.- M. F. C. 22 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Baches amenorreicos. Tipo 2-3/28. Desde hace dos años, cefaleas frontales presentando una gran obesidad. Es una mujer de 1,53 cm. de estatura que pesa 98,900 Kg. Desde que empezó con esta sintomatología, ha presentado hipertrichosis. - Obesidad, hirsutismo y jaqueca.

quia a los 13 años. Tipo 5/28. Después de la guerra amenorrea que le duró 14 meses. Tipo actualmente 4/28. Después de la esto, tuvo un parto normal. Hace 7 años, que padeció un gran reumatismo - poliarticular agudo que la tuvo en cama durante unos meses. Cuando se levantó de la cama había perdido 30 Kg. Síndrome hipófiso - hipotalámico con adelgazamiento.

20377.- C. G. N. - 39 años. Casada. S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/25. Sin embargo, desde hace algún tiempo, unos 4 años, la enferma presenta fases de somnolencia hasta el punto de que se dormía estando de pie en la calle, al tiempo ya ha ido notando un aumento progresivo de su peso. Síndrome hipotalámico.

20383.- E. R. S. - 43 años. Casada. Natural de Alcoy (Alicante) Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28-30. Tiene dos hijos sanos. Hace unos cuatro años tuvo un grandísimo disgusto familiar, lo q. influyó enormemente en la enferma hasta el punto que sus reglas que siempre habían sido normales, empezaron a faltar durante diversos periodos que fueron de dos, tres y hasta cuatro meses de amenorrea. Presenta cefaleas casi diario con tendencia al engrasamiento. Abusa mucho de los analgésicos pues según dice, es lo único que la calma. Síndrome hipófiso-hipotalámico.

20555.- M. F. C. 22 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Baches amenorreicos. Tipo 2-3/28. Desde hace dos años, cefaleas frontales presentando una gran obesidad. Es una mujer de 1,53 cm. de estatura que pesa 98,900 Kg. Desde que empezó con esta sintomatología, ha presentado hipertrichosis. - Obesidad, hirsutismo y jaqueca.

20754.- G. O. Ll.- 33 años. Natural de Guadalajara. Tiene 2 hijos Menarquia a los 16 años. Tipo 5-6/28. Reglas muy escasas. Sobre todo, desde hace 5 años. Tendencia amenorreica. La enferma dice que se encuentra siempre muy nerviosa, padeciendo frecuentes crisis de angustia. Hace dos años, que la astenia y la anorexia, se han acentuado hasta el punto que en dos ocasiones ha llegado a perder el conocimiento. Tiene disnea de esfuerzo con auscultación cardiaca negativa. Síndrome hipotalámico, con hipoglucemia.

20939.- M. C. H. D. 24 años. Soltera. Natural de Talavera de la Reina (Toledo). Menarquia a los 12 años. Tipo 3/25. Reglas escasas del tipo hipo y oligomenorrea. Desde hace 5 años, ha presentado un marcado aumento de peso que actualmente ya se ha tratado de obesidad. También presenta cefalea y sobre todo lo que le molesta a ella y por lo que consulta, es por sus mareos y proque presenta continuamente sueño. Es una enferma que se puede clasificar de hipogenital con talla pequeña, pues mide 1,50 cm. y pesa 96 Kg. y que junto con la sintomatología anteriormente descrita, re fiere la enfema lo que le molesta el estar orinando muy a menudo y abundante cantidad. Por ello, la clasificamos en el cuadro de Síndrome hipófiso - hipotalámico.

20984.- M. L. A. C. de 50 años. Viuda. Natural de Pamplona. Menarquia a los 13 años. Tipo 8/20-22. Ha tenido tres hijos que viven sanos. Desde hace dos años, la enferma presenta cefaleas y varias veces ha tenido pérdida de conocimiento, Hace dos años, comenzó con us menopausia y ella piensa que desde que le desapareció la regla, se han acentuado las molestias. Síndrome diencefálico .

21100.- I. S. S. de 26 años. Soltera. Natural de Madrid. Ha tenido dos hijos sanos. Menarquia a los 12 años. Tipo 4/28. Abundante. Después del primer parto, tuvo tanta hemorragia que fué preciso que la intervinieran ignorando la enferma qué fué lo que le hicieron. Con este motivo, y como tuvo grandes disgustos familiares, la enferma adelgazó mucho. Al mejorarse, inició un tratamiento de recuperación, con lo que engordó bastante, pues comía muchísimo. Después y como consecuencia del segundo embarazo, pierde de nuevo las ganas de comer, y vuelve a adelgazar, pero volvióse -- muy irritable y nerviosa. Actualmente come mucho, pero sin embargo, ha perdido otra vez 8 Kg. Síndrome hipotalámico.

23548.- M. H. M.- 31 años. Casada. Natural de Pamplona. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28. Abundante. Tiene un embarazo el primero, en el cual presenta una gran albuminuria, y durante el cual engoró más de 16 Kg. Después del parto, sus reglas aparecen con 8 días de antelación, presentando al mismo tiempo caída de pelo, cansancio y decaimiento. Actualmente, presenta síntoma de virilismo y alopecia. Síndrome hipotalámico.

23616.- M. M. A. 38 años. Casada. Menarquia a los 12 años. Tipo 2/28. Ha tenido dos embarazos. Desde hace 16 años tiene dolores en la cabeza que posteriormente al padecer una encefalitis fueron en aumento. Junto con este cuadro le apareció una somnolencia muy -- aguda que le obliga a permanecer casi todo el día durmiendo. Está diagnosticada de síndrome hipotalámico post-encefálico.

209-19.- M. M. B. de 30 años. Casada. S. L. tiene dos hijas sanas. Hace 18 años, tuvo la menarquia, de tipo 3/28. Hace unos meses que

presenta cefaleas cefaleas frontales y occipitales acompañada de trastornos de la visión y hemianopsia. Piensa que puede tener relación con un trauma psíquico consecutivo a un accidente automovilístico y en el que la enferma que es bastante impresionable, resultó muy afectada. Poco después de este suceso la enferma que es de buena talla, mide 1,65 cm. y pesaba 70 Kg. ha empezado a perder rápidamente peso. Tiene siempre mucho frío. Síndrome ---
A. B. D.

43-22.- M. V. A. M. - 47 años. Viuda . Natural de Navarra. Menarquia a los 10 años. Desde entonces dolores, reglas irregulares y escasas. Desde hace 12 años, padece dolores en la nuca, que son paroxísticos y que se acompañan de mareos acúfenos. Fué al otorrino y no encontró causa orgánica. Poco después ha empezado a engordar y desde hace 10 años, refiere la enferma, ha aumentado 45 Kg. Tiene también hipertensión. Obesidad hipotálamica.

205942- P. P. M. 45 años. Viuda. Telefonista. Natural de Almansa (Albacete). Ha tenido 4 hijos; tres abortos. Espeoó a engordar a los 8 años. Neuralgias frecuentes. Fotofobia y náuseas. Reumatismo. Llegó a pesar 153 Kg: Menarquia a los 14 años. Tipo 4/20-24, escasa. Un bache amenorreido de 4 meses. Ha tenido déimas. Trauma psíquico hace 7 años y desde entonces lipotimia y mareos. Dolor precordial , palpitaciones, edema. Pies y manos muy frías. Mucho paetito. Pesa 126 Kg. Mide 164 Cm. Obesidad uniforme con grasa blanda que cuelga. Velloaxilar escaso. En mama derecha tumoración como una mandarina dolorosa con las reglas. No adenopatías. No adherido a planos profundos. Abdomen en delantal. Lipomas múltiples.

Craneopatía neumoendocrina. Síndrome A. B. D.

23269.- L. P. H. 22 años. Soltera. Natural de Astòrga (León). Antecedentes obesos en la familia. Descomposición. Fiebre. Cefaleas. Menarquia a los 12 años. Tipo 4-5/28-30. ~~Esasaa~~ Hade 4 - años amenorrea 8-9 meses. Después reglas hipomenorreicas hasta ahora. Palpitaciones, angustia, cansancio, insomnio y opresión dolorosa en la garganta desde hace 4 años cefaleas, intensas, aumento del cuello y ojos sanientes con metabolismo basal más 42,4%. Trata da con tiorvacilo , taquipsiqué , taquiquexia, taquilalia, etc.. temblor, estreñimiento, mucha sed, enuresis nocturnas. Color pálido 1,61 cm. Pesa. 71 Kg. Hiperplasia difusa del tiroides con un ódulo duro. Manos piel fría y sudorosa.

Hipertiroidismo (A. B. D.)

18315.- V. G. I.- 37 años. Casada. Madrid. Menarquia a los 14 años Tipo 4/28. Escasa. Dos hijos sanos. Desde los 15 años abultamientos del cuello son sensación de ahogo por las noches. Cefalalagias des-

de hace dos años. Llamoradas de calor al rostro. Ligera hipertermia. Nerviosa. Palpitaciones. Ha engordado 26 Kg. en 10 años. Duerme mal. Bocio nodular como una nuez. Temblor de dedos. Varices en ambas piernas.

Síndrome A. B. D.

18648.- A. G. M. 35 años. Soltera. Natural de Madrid. Mecanógrafa. Cefaleas. Dolor en rodilla que se diagnosticó de enfermedad de Hofa. Epíxtesis de repetición. Menarquia a los 13 años. Tipo 4/28. Amenorrea carencial durante 7 meses. Oligomenorrea desde que comenzó con su cuadro hace 1 año. Hipertermia, escalofríos. Nerviosidad, exoftalmos por miopías. Hipertrichosis. Hipertiroidismo. Engrasamiento tipo Barraquer. Buen color de piel. Leve temblor en manos.

Síndrome A. B. D.

18822.- P. G. ;. 35 años. Casada. Natural de Hellín. (Albacete) Menarquia a los 14 años. Tipo 2-3/28-40. Escasa. Dos embarazos. Desde hace 1 año sensación de constricción en la garganta. Parestesias en brazos y manos. Engrasamiento. Sensación de fiebre. Cefaleas. Fiolera y asustadiza. Manos menudas y sin temblor. Engrosamiento de caderas, muslos y piernas.

Síndrome A. B. D.

21431- O. C. Q.- 16 años. Soltera. Natural de Madrid. Antecedentes de bocio familiar. Un hermano oligofrénico por parte. Menarquia a los 12 años. De tipo 3/28. Desde hace 5 meses 1/15. Amenorrea de 2 meses engrasamiento. Desde hace 3 años, está muy cariñosa, después de un disgusto familiar. Hiperhidrosis palmar y plantar. Cefa-

leas, insomnias, temblores. Episodio febril. Exoftalmos empieza a engordar. Prurito Diarreas y vómitos. Hiperplasia llamativa del tiroides como una mandarina. Hipertrichosis de los miembros.

Síndrome A. B. D.

21270.- M. N. M.- 20 años. Soltera. Natural de Terreaguera (Murcia) Bordadora. Menarquia a los 14 años. Tipo 8/25. Polimenorreas. Desde hace siete meses, cefaleas y mareos. Exoftalmos. Nerviosismo. Palpitaciones. Temblores. Sudoración. Engordó 5 Kg. Discreta hiperplasia del tiroides. Discreto temblor. Piel suave, caliente y húmeda.

Síndrome A. B. D.

20639.- C. C. P. 42 años. Casada. Natural de León. S. L. A los 18 años, adenopatías hilar. Tre partos. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4/28. Metrorragias desde hace 3 años. Hace 2 años cambio de carácter. Irritable y sensible con emotividad. Temblor de manos por peso. Disternia. Operación de garganta. Ronquera. Estreñimiento. Mareos. Cefaleas. Palpitaciones. Craneopatías neurogenas-endocrinas.

Síndrome A. B. D.

20697.- M. F. M. 32 años. Soltera. Natural de Cadiz. A los 22 años abultamiento en región lateral del cuello, duro, indoloro, fegricula Astria. Amigdalectomía y pendecectomía. Engordó mucho. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28. Carácter nervioso, intranquilo. Escalofríos. Disnea de esfuerzo. Muy sensible al frío. Exoftalmos. Fino temblor.

A. B. D. y craneopatías endocrina inicial.

20888.- J. A. D.- 47 años. Casada. Sl L. Natural de Carmonita (Badajoz) 5 hijos. 4 abortos. Menarquia a los 15 años. Tipo 3-5/26. Desde hace 2 años bocio exoftalmos. Actualmente el tipo de menarquia es el siguiente: 3/26. Atontamiento. Bocio. Mareos. No cefaleas. Malestar general, cansancio y decaimiento. Nerviosa y excitable. Palpitaciones. Sueño intranquilo con sobresaltos. Tos -- irritativa, nerviosa, sin expectoración. Boca sana. Engorda mucho. Cambio de carácter. Adusta y triste. Peil caliente. 156 - 80,700. Rostro abotargado. Pupilas nocosicesa Boca seca. Fino temblor.

Craneopatía nemoendocrina. Obesidad pletórica. Climaterio.

A. B. D.

21076.- J. M. V. L. - 35 años. Soltera. Natural de León. Menarquia a los 12 años. Tipo 3/25-26. Ligera dismenorrea. Desde hace diez años consecutivo a un disgusto familiar, comienza a perder peso - habiendo perdido en este tiempo 24Kg. Es una enferma asténica, - con inapetencia y adelgazamiento, Se cansa mucho. Anorexia. Anorexia mental.

22219.- R. C. Z.- 13 años. Natural de Eslovaquia. Soltera. Menarquia a los 11 años. Dicen los padres que de tipo 3-4/27-28. Abundante dismenorrea. Amenorrea desde hace 3 meses. La niña pesaba 73,700 Kg. hace un año, pero que todo el mundo, en el colegio, la amigas y compañeras la llamaban "gorda" y en su casa se reían de ella. Desde entonces un enorme fuerza de voluntad, se ha privado de innumerables comidas, voluntariamente, sometiéndose a un régimen muy duro. Se ha vuelto egocentrista y presente un cambio brusco de la voz. Trastornos pelagroides. Actualmente 43,500 Kf. Anorexia nerviosa.

18878.- C. M. G. 37 años. Soltera. Natural. de Madrid. S. L. Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/28. Abundante. Polimenorrea. Desde hace tres meses dolor en F. I. D. y después de verla el médico la diagnosticó una apendicitis crónica. Tiene cefaleas de nuca y frontales. Anorexia y astenia. Disnea de esfuerzo. Estreñimiento palpitaciones. Vello intersexual, en cara y brazos. Ha perdido 12

Kg. en 6 meses. Anorexia nerviosa y anemia isocrónica.

19168.- A. P. R. 26 años. Soltera. Natural de Peguerino (Avila) Menarquia a los 14 años. Tipo 2/33 Escasa. Desde hace seis años y sin coincidir con nada que ella recuerde pérdida de 20 Kg. Desde entonces y rápidamente presentó intensa anorexia y astenia - progresiva. Tenía fiebre de pocas décimas por las tardes. Cambio de carácter. Caquexia hipofisaria.

19297.- A. O. E. de 24 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 11 años. Tipo 4/28. Dismenorrea. Desde hace 2 años amenorrea Sin embargo, fué desde entonces y como consecuencia de la muerte de su padre a quien quería muchísimo, la enferma comienza con una abulia total. Presenta astenia y anorexia y ha perdido en este tiempo 12 Kg. de peso. No tiene ningún interés en curarse y dice viene a la consulta obligada. Anorexia mental.

20700.- M. C. E. F.- 26 años. Soltera. Natural de Valladolid. Menarquia a los 12 años. Tipo 3/35-40. Oligomenorrea. Hace seis -- años amenorrea que únicamente cesó durante ocho meses y que dura actualmente. Inapetencia por líquidos y sólidos. Presenta mareos y marcada oliguria. La delgadez de la enferma raya en la caquexia, pues es una mujer que mide 1,60 y que pesa 31,100 Kg. Presenta intensa oliguria. La delgadez y oliguria sobre todo desde hace ocho meses. Hipotermia (solo sube el termómetro a 35,6°). Anorexia. Caquexia hipofisaria de Simonds.

20608.- M. G. S. 19 años. Natural de Madrid. Soltera. Estudiante. Menarquia a los 15 años. Tipo 4/28. Oligomenorrea. Desde hace 6

meses se ha negado a comer y se sostiene con cantidades insignificantes de alimento. No quiere engordar, pero desde luego el aspecto de ella es de intensa nutrición. Al parecer existen motivos - por los que la muchacha ha sufrido diversos reveses (Problema no vio) y a raíz de entonces cuando presenta esta sintomatología, que se acompaña de hipo y opsomenorrea. Anorexia nerviosa.

21659.- I. Z. P. - 20 años. Natural de Algara (Guadalajara) S. L. Menarquia a los 14 años. Reglas muy escasas. Sólo tiene la regla cada 2 ó 3 meses, durándole sólo un día. Desde hace dos años sin motivo aparente, pérdida de apetito y a pesar de que está haciendo tratamiento sin embargo, no come más ni engorda. Desde entonces tiene amenorrea. Ha perdido 12 Kg. También presenta un muy marcado cambio de carácter. Anorexia Nerviosa.

298-21.- C. P. S. 35 años. Soltera . Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Tipo 4-5/23-28. Desde hace 11 años empezó con una serie de cefaleas y jaquecas oftálmicas. Fué vista por el oculista que le mandó se graduara. Lo hizo pero aún así no ha experimentado ninguna mejoría presentando al tiempo un gran cambio de carácter hasta el punto de que la familia dice que es inaguantable. No habla más que de su enfermedad y aunque ha perdido 31 Kg., sin embargo, tiene una mirada brillante, agradable e inteligente.

TIROIDES

HIPERFUNCION 100 casos.

HIPERTIROIDISMO

Caso núm. 1.- (16644).- R. L. C. de 39 años. Soltera. S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/26. Desde - Hace 19 años, ha padecido siempre de intranquilidad y taquicardia habiendo adelgazado bastante al comienzo de la enfermedad. Vista por el médico le ponen tratamiento mejorando algo, pero poco después empezó a presentar un cuadro de astenia y exoftalmos. Le recomiendan tratamiento quirúrgico, y como consecuencia de él, se siente muy mejorada durante 7 u 8 meses. Pero pasado este tiempo, comienza de nuevo con sus molestias. Le fué aplicada radioterapia mejorando ligeramente. En la actualidad presenta opresión precordial, disnea de esfuerzo y edemas maleolares con insomnio. En el cuello presenta una cicatriz palpándose un nódulo duro. Ligero temblor de manos.

Hipertiroidismo recidivante tipo Basedow.

Caso núm. 2.- (17650).- J. G. P. De 28 años. Soltera. Natural de Peñarroya (Córdoba) Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/26 - 28.- Desde los 13 años, presenta abultamiento en el cuello que ha ido creciendo sin producirle molestias. Fiebre presenta actualmente. Junto con insomnio, sueños terroríficos, gran irritabilidad, y muy nerviosa e impulsiva, mal genio. Come muy bien haciendo bien las digestiones. Epíxtasis frecuentes, palidez. Ligero exoftalmos.

Moderado adenoma del tiroides con hiperfunción.

Caso núm. 3.- (19057).- J. S. P. M. 31 años. Casada. S. L. Natural de Lozoyuela (Madrid). Menarquia a los 16 años. Tipo 1/29.- Escasa. Cuatro embarazos. Hace 5 años empezó a presentar sueños eróticos y terroríficos. Palpitaciones, nerviosismo, temblor fino

en los dedos. Tristeza y emotividad con llanto fácil. Adelgazamiento rápido. Buen apetito. Estreñimiento. Gran sensibilidad al frío. Mareos. Tics palpebrales. Signo de Maraño muy positivo.

Hipertiroidismo con neurosis de situación.

Caso núm. 4.- (19153).- G. T. L. de 27 años. Casada. S. L.- Natural de Gomeranda (Lugo). Varios endocrinópatas tiroideos en la familia. Un parto. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/20-50. A los 6 meses del parto, después de sufrir una emoción fuerte, comienza con inquietud, adelgazamiento, con abultamiento del cuello y los ojos. Palpitaciones. Duerme mal. Temblor de manos. Rostro enjuto de piel brillante. Exoftalmos simétrico. Bocio nodular - de consistencia quística como una mandarina. Asténica. Acrocianosis con temblor en miembros.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm.- 5.- (19469).- S. T. A. 49 años. Casada. Natural de Madrid. Ha tenido un parto normal. Menarquia a los 13 años. Tipo 5/31. Hace 9 años, empezó a notar aumento del tamaño del cuello, al mes de dar a luz. Este cuadro se acompañaba de dolor de espalda y nuca. Unos meses después presentó baches amenorreicos de uno o dos meses de duración. Opresión en la garganta. Nerviosa y excitada. Palpitaciones y temblor. Cefaleas continuas. Se palpa tiroides ligeramente aumentado de tamaño en el lóbulo medio.

Hipertiroidismo por lactancia.

Caso núm. 6.- (19500).- J. M. A. de 34 años. Casada. Natural de San Pedro de Román (Lugo). Menarquia a los 11 años. Tipo 5-6/28. Hace tres meses, que presenta oligomenorrea. Aproximadamente desde

hace un año posteriormente a un disgusto presentó el siguiente cuadro: aumento de emotividad, llanto fácil. Temblor en todo el cuerpo. Adelgazamiento. Friolera y muy sensible al calor. Hiperhidrosis generalizada. Palpitaciones, eretismo circulatorio. Temblor fino.

Adenoma difuso del tiroides. Basedow.

Caso núm.7.- (19506).- P. J. G. de 32 años. Casada. S. L. Natural de S. Vicente de Torana. Menarquia a los 13 años. Tipo 4/30. Ha tenido dos embarazos y un aborto. Ha padecido tifoidea. De siempre fué nerviosa e irritable. Desde hace 4 años, siente hormigueo y acortamiento de la nuca, sofocos y calor por la espalda, nerviosa e irritable. Desde hace 4 años, siente agotamiento y astenia. Dos años más tarde, después de un disgusto presentó un cuadro muy agudo con intensa fotofobia, moscas volantes, temblor de manos y piernas, gran excitabilidad, muy impresionada y llorona. Sueño con sobresaltos y pesadillas. Aumento progresivo del cuello. Dolor en fosa iliaca derecha. Mareos y sensación de amargor de boca.

Hipertiroidismo.

Caso núm.- 8.- (19522).- M. T. N. F. 18 años. Soltera. Natural de Laelices (Cuenca). Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28-29. Desde hace dos años, comenzó a sentir opresión en la garganta, palpitaciones y taquicardia, temblor y sudoración profusa. Come bien. Va estreñida. Muy sensible al calor. Emotiva e irritable. Tiroides palpable. Maniobra retrosternal ligeramente positiva.

Hipertiroidismo ligero.

Caso núm. -9.- (19525) V. L. M. 34 años. Casada. Natural de -

Valdepeñas. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4/28. Polimenorreica. Cuatro abortos. Bache amenorreico de dos meses. Temblor palpitaciones, nerviosa e irritable. Ha perdido peso. Apetito. Ultimamente - ha notado aumento del volumen del, cuello sobre todo en el lado izquierdo, Propulsión de los globos oculares. Manera más rápida de hablar.

Nódulo pequeño como una nuez. Basedow.

Caso núm. 10.--(19538) .- T. L. G. 40 años. Casada. Natural de Cerezo de Arriba (Segovia) S. L. Tuvo hepatitis a los 8 años. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/27. Tres embarazos. Desde hace 6 meses, presenta un cuadro de alteraciones digestivas, con vómitos inapetencia, que se acompaña de algias de piernas y nuca, emotividad fácil. Nerviosismo moderado. Temblor. Se palpa mal el tiroides Corazón erético con taquicardia.

Pericolecistitis con colon irritable, reacción hipertiroidea

Caso núm. 11.--(20121) A. M. P. 50 años. Soltera. S. L. Natural de Rueda (Valladolid). Menarquia a los 13 años, Tipo 5/28. Baches amenorreicos de tres meses o más de duración. Menopausia a los 41 años. Sofocos y molestias. Desde hace tres años, después de un episodio gripal le quedó un desequilibrio neurovegetativo con cefaleas, flojedad, intranquilidad, angustia, y mal genio. Fué vista por el médico quien le puso un tratamiento general. Posteriormente, estreñimiento, vello intersexual, temblor de manos y un aumento del tiroides a expensas del lóbulo derecho del tamaño de una nuez.

Bocio con ligero hipertiroidismo. Hirsutismo.

Caso núm. 12.- (20227).- T. V. G. de 35 años. Casada. Natural de Piñel de Abajo (Valladolid). Tres hijos. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/29-30. Oligomenorrea. Delgadez y nerviosismo que se acentúa por disgustos y emociones. Desde hace tres años, presenta temblor y alteraciones generales. Poco después le ponen tratamiento y mejora. A partir del último embarazo, aumento del tamaño del cuello que perdura el resto de la lactancia. Actualmente, presenta molestias compresivas en el cuello, apetito. Cuello con hiperplasia del tiroides. Sobre todo del lóbulo derecho, como una mandarina de consistencia blanda y nodular. Corazón erético. P~~que~~no temblor en los dedos de la mano.

Astenia constitucional erética. Hipertiroidismo de lactancia con hiperplasia tiroidea discreta.

Caso núm. 13.- (20255).- R. M. J. 49 años. Casada. S. L. Natural de S. Martín de Valdeiglesias (Madrid). La abuela y una hija de la enferma presentaron hipertiroidismo. Dos sobrinos sordomudos. Ha tenido tres hijos y un aborto. Menarquia a los 11 años. Tipo -1-2/24-28. Bocio desde los once años. Tiene tos seca. Ha engordado últimamente. En cuello se palpa tiroides aumentado en el lóbulo izquierdo del tamaño de una naranja.

Bocio nodular y quístico endémico con hipertiroidismo latente. Mioma uterino.

Caso núm. 14.- (20343).- M. J. V. de 40 años. Casada. S. L. Natural de Gallegos (Segovia). Antecedentes bociógenos por línea materna. Ha tenido 10 hijos. Menarquia a los 14 años. Tipo 4-5/26-27. Infección intestinal hace dos años. Desde hace 10 meses, después del último parto, ha empezado a presentar alteraciones del periodo cada 8 días con reglas muy abundantes. Actualmente ha --

presentado reglas de un día de duración y con baches amenorreicos de uno y dos meses. Desde hace 7 años, la enferma cuenta que empezó a notar aumento del cuello que se ha hecho más marcado después de cada embarazo. Desde hace seis años, comienza con cefaleas, dolores de región lumbar, excitable, nerviosa, sofocos, y temblor. A la palpación, presenta un aumento del tiroides del tamaño de una nuez.

Bocio nodular endémico con hiperfunción moderada.

Caso núm. 15.- (20380). L. L. S. de 42 años. Casada. S. L. Natural de Aranjuez(Madrid). Ha tenido tres hijos. Menarquia a los 13 años. Tipo 8/28. Extirpación de un ovario. Reglas muy abundantes. Tres abortos. Desde hace 7 años, empezó muy nerviosa con palpitaciones, temblor. Protusión de los globos oculares y sensación de asfixia. Ha perdido 25 Kg. en 6 años. Es muy fiolera. No presenta fiebre, y sí cefaleas, lagrimeo y una hiperplasia del cuello.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 16.- (20396).- E. T. Casada. de 30 años. S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 11 años. Tipo 7-8/26 - 27.- Ha tenido dos partos. Después del primero, y durante la lactancia presentó un aumento del cuello con nerviosismo. Cefaleas, algias - en la espalda, adelgazamiento. Apetito. Aspecto aninado. Bocio duro nodular, como un huevo de gallina. Muy móvil.

Bocio nodular.

Caso núm. 17.- (20543).- E. T. M. de 27 años. Casada. Natural de Madrid. Ha tenido un parto. Nefritis. Menarquia a los 14 años Tipo 4-5/30.

Ha sido siempre muy gruesa y deportista. Consecutivo a su parto - empezó a presentar cambios de carácter. Nerviosismo y excitabilidad. Así como aumento progresivo de ambos lóbulos del tiroides.

Hipertiroidismo por lactancia.

Caso núm. 18.- (20679).- M. C. S. N. de 22 años.. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 13 años. Tipo 8/26. Desde hace 4 años y consecutivo a una impresión ha presentado baches amenorreicos de dos meses de duración. Trastornos intestinales. Dolor en articulaciones. Diarrea. Aumento del cuello. Dolor de espalda. Desde hace 8 días, se siente muy nerviosa e inquieta. Ha adelgazado mucho. Cuello con hiperplasia a expensas de ambos nódulos. - Temblor de manos.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 19.- (20733).- C. M. C. de 26 años. Soltera. Natural de La Roda (Albacete). Trabaja en una imprenta. Menarquia a los 15 años. Tipo -1-2/28. Escasa. Ultimamente presenta abultamiento del cuello. Nerviosismo. Intranquilidad. Sofocos y cefaleas. Mareo. Estreñimiento. Disnea de esfuerzo. Por palpación del cuello se encuentra hiperplasia del tiroides en toda la glándula del tamaño de una mandarina. Reacción vasomotora, muy marcada. Hiperplasia juvenil del tiroides, hiperfuncional.

Caso núm. 20.- (21115).- A. O. L. de 57 años. Casada. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4/24-26. Cuatro embarazos. Menopausia a los 46 años, con sofocos. Bocio sin molestias. Actualmente empieza a presentar palpitaciones, opresión precordial. Disnea de esfuerzo. Tos pertinaz. Fiebre. Se ha vuelto nerviosa y excitable.

Temblor al hacer trabajos delicados. Come bien, con apetito. Estreñimiento. Muy llorona. Tiroides aumentado en ambos lóbulos. Taquicardia y arritmia.

Hipertiroidismo y fibrilación auricular.

Caso núm. 21.- (21126).- E. O. G. de 40 años. Casada. Natural de Piedralaves (Avila). Cinco hijos. Menarquia a los 15 años. Tipo 8/28. Desde hace tres años, presenta opresión en la garganta - que aumenta con los cambios de tiempo. Amargor de boca. Dolor en fosa maxilar derecha. Muy nerviosa. Genio vivo y violento. Muy emotiva. Siente que ha perdido rapidez en los trabajos manuales. Tiroides ligeramente aumentado de tamaño a expensas de ambos lóbulos.

Bocio endémico con reacción hiperfuncional.

Caso núm. 22.- (21136). A. A. A. de 28 años. Soltera. Natural de Sarria (Lugo). Taquimecanógrafa. Menarquia a los 14 años. Tipo 1/30. Oligomenorrea. Acrocianosis en miembros tanto superiores como inferiores. Febrícula vespertina con escalofríos. Estreñimiento habitual con heces amarillentas. Desde hace 13 años, cuello aumentado, temperamento nervioso con insomnio. Emotividad fácil. Palpitaciones. Ha notado que el aumento del cuello es mayor cuando tiene la regla. Hiperplasia esférica móvil como un albaricoque en el lóbulo derecho de tacto glandular blando y sin nódulos. Corazón erético con taquicardia. Astenia constitucional.

Reacción hiperfuncional tiroidea.

Caso núm. 23.- (21139).- C. S. G. de 48 años. Casada. S. L. Natural de Córdoba. Cuatro hijos. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Durante un año, ha presentado reglas muy escasas con baches

amenorreicos de uno a dos meses de duración. Consulta por Bocio. Nerviosismo y palpitaciones. Desde hace dos años, empezó a sentir disnea de esfuerzo. Hace 6 meses, que tiene voz ronca y astenia. Ultimamente, hace un mes, padeció una gripe y desde entonces, se ha acentuado su cuadro con gran cantidad de palpitaciones y sofocos sintiéndose más nerviosa e irritable. Voz cada vez más ronca. Edemas maleolares vespertinos, siempre tiene calor, parestesias y acortamientos de pies y manos. Cuello aumentado por el tiroides. Tamaño de mandarina, duro. Maniobra retroesternal positiva. Corazón erético, suave, con soplos sistólico. Temblor en manos.

Bocio nodular con hipertiroidismo y climaterio.

Caso núm. 24.- (21144).- A. M. P. de 42 años. Casada. Natural de Mancharreal (Jaén). Menarquia a los 15 años. Tipo 2/27. Oligomenorrea. Desde hace 20 años, presenta abultamiento en el cuello, al que no dió importancia por no producirle molestias. Actualmente, estas se han aumentado, comenzando por aumento del volumen del cuello, temblor, dolores abdominales y descomposición poco apetito, cansancio y malestar general, frío y sudor de manos y del resto del cuerpo. Muy excitable y nerviosa. Con mal humor, clonus emotivo, insomnio. Se palpa nódulo como huevo que parece esconderse detrás del yugulum a base del istmo y lóbulo derecho.

Bocio nodular endémico hiperfuncional.

Caso núm. 25.- (21187).- A. C. T. 30 años, Casada. Natural de Los Cármenes (León) S. L. Menarquia a los 17 años, tipo 10/36. Cuatro embarazos y un aborto. Dice la enferma que el bocio ha crecido durante las lactancias, al mismo tiempo que perdía peso y dormía mal. Muy emotiva. Bocio nodular tenso simétrico como una naranja.

sin elemento retroesternal.

Bocio endémico con proyección retroarterial y reacción hiperfuncional.

Caso núm. 26.--(21193).-- C. G. L. de 24 años. Soltera. S. L. Natural de Villarrobledo (Albacete). Antecedentes tuberculosos y alteraciones mentales en su familia. Ella padeció a los 12 años, tifoidea. Menarquia a los 14 años, tipo 4-5/28. Escasa. A los 21 años, tuvo un infiltrado primario por el que tuvo que ser hospitalizada. Estando en el Sanatorio, empezó a presentar episodios de agitación de tal modo que tuvo que ser ingresada en una clínica para su tratamiento. En este momento es cuando la enferma comienza con su sintomatología hipertiroidea, con temblor, mareos, nerviosismo, metabolismo de + 28. Muy friolera. Con su tratamiento anti-tiroideo ha mejorado su sintomatología mental.

Esquizofrenia e hipertiroidismo.

Caso núm. 27.-- (21218) A. P. M. de 19 años. Soltera. Modista. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Tipo 5/25-26. Hace un año notó aumento del cuello y nerviosismo. Poco después empezó a presentar una protusión de los globos oculares sobre todo del derecho con temblor, palpitaciones. Desde hace 15 días se ha intensificado coincidiendo con un resfriado. Presenta cefaleas insomnio, flojedad en las piernas. Nerviosismo, más friolera. Al levantarse, arrastraba ligeramente la pierna derecha con hiperreflexia general y más tarde, no se puede sostener, sobre los pies. También ha aumentado el tamaño del cuello presentando un bulto del tamaño de una ciruela. Acrocianosis de los pies. Finísimo temblor de las manos.

Meningoencefalitis con paraplejía. Basedow inicial.

Caso núm. 28.- (21225).- M. S. G. de 31 años. Casada. Natural de La Coruña. Un hijo. Menarquia a los 13 años. Tipo 2/25. Desde hace dos años, consecutivo al nacimiento de su hijo y al tiempo de la lactancia, empezó a sentirse más nerviosa. Con intenso adelgazamiento. Presentó exoftalmos. Más en el ojo derecho. Habla muy deprisa. Se enfada y grita, sin motivo ni fundamento. Intranquilidad motora. Le aconsejan que haga un metabolismo que da + 50. La afecta mucho el calor. Palpitaciones. Ha adelgazado 20 Kg. Corazón ~~erético~~ con tonos puros. Con esta sintomatología decide acudir a la consulta.

Basedow por lactancia.

Caso núm. 29.- (21244).- M. A. R. de 39 años. Casada. Sastra Natural de Madrid. Menarquia a los 11 años. Tipo 4-5/24. Hace tres años abultamiento en el cuello que continúa y que aumenta durante la menstruación. Es emotiva, muy sensible al frío. Nerviosa. Irritable. Hiperplasia nodular del tamaño de una mandarina.

Bocio nodular con ligera reacción hipertiroidea.

Caso núm. 30.- (21250). C. N. R. de 18 años. Soltera. Natural de Cartagena. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Desde hace cuatro años, presenta un bultito en región anterior del cuello. Como no le molestara, no recurre al médico. Mas poco después, le aconsejan lo haga poniéndole tratamiento con el cual mejora. Sin embargo, lo hace durante poco tiempo puesto que le produce una intolerancia. Exoftalmos. Nerviosismo. Febrícula. Hiperhidrosis.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 31.- (21264).- A. P. D. 32 años. Soltera. Natural de Linares (Jaén). Modista. Menarquia a los 15 años. Tipo 2/28 . Escasas. Desde hace 18 años, empezó a adelgazar presentando excitación, temblor, cefaleas, diarrea y mirada brillante. Dos años más tarde, fué tiroidectomizada subtotal por lo que mejoró ganando peso y mejorando el resto de los síntomas. Hace 4 años, epieza de nuevo con cefaleas y alteraciones en la vista, excitabilidad, temblor, alteraciones del pulso y exoftalmos. Acúfenos, mareos y febrícula. Temblor sobre todo en las manos, con voz ronca, piel fina y caliente, con gran dermatografía. Inyección conjuntiva. Se palpa bocio voluminoso duro y con trill.

Basedow con bocio recidivante post-operatorio.

Caso núm. 32.- (21288) F. S. S. de 31 años. Casada. Natural de Bronco (Cáceres). Reumatismo. Paludismo. Menarquia a los 14 años fríos y malestar general. Cefaleas y fotofobias. Nerviosa con escalos fríos y hipertermia. Un aborto. Oligomenorrea. Temblor en piernas. Le sienta mal el calor. Palpitaciones. Diarreas con retortijones. Sabores amargos de la boca. Corazón erético con taquicardia.

Hipertiroidismo. Ileotiflitis bacilar . Insuficiencia hepática post-palúdica.

Caso núm. 33.- (21297) E. M. C. de 36 años. Casada. Natural de Matebuena de la Sierra (Segovia) Menarquia a los 14 años. Tipo 8/28. Ha tenido 4 partos. Dos con fetos muertos y un aborto. Sofocos seguidos de escalofríos. Taquicardia. Poliuria y sensación de adormecimiento en las manos. Excitable y emotiva. Ha perdido vista. Caída del pelo. Tiroide aumentado de tamaño en el lóbulo izquierdo. Adenoma difuso del tiroides.

Caso núm. 34.- (21306) A. R. P. de 39 años. Casada. Natural de Carril(León). Antecedentes bociosos y con alteraciones mentales. Un parto con feto que murió. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/28-29. Recuerda la enferma la presencia de bocio desde niña, pero a partir del embarazo aumentó presentando pequeños síntomas de estrumitis. Muy delgada. Nerviosa y emotiva. Insomnio. Palpitaciones. Diarreas.

Bocio con hipertiroidismo latente.

Caso núm. 35.- (21340) A. A. L. de 39 años. Soltera. Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/28. Muy nerviosa y excitable. Sobre todo a partir de la muerte repentina de dos de sus familiares. Empezó entonces a adelgazar con rapidez. Exoftalmos. Palpitaciones. Temblor. Metabolismo de + 45. Fue tratada sintiendo gran mejoría. Al sentirse bien, dejó el tratamiento durante medio año, presentándose de nuevo la sintomatología motivo por el cual, consulta.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 36.- (21352).- F. R. O. de 31 años. Soltera. Telefonista. Natural de Brihuega (Guadalajara). Menarquia a los 14 años. Tipo 5/28. Con hiper y polimenorrea. Desde hace un año, presenta el cuello más grueso. Ha perdido peso. Presenta exoftalmos. Posteriormente por un trauma emotivo se han agudizado los síntomas, presentando falta de memoria, enorme excitabilidad, muy nerviosa, palpitaciones con temblor, cefaleas y mareos. Clonus emotivo. Presenta adenoma tiroideo, sin nódulos.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 37.- (21368).- L. F. C. de 20 años. Soltera. Natural de La Carolina (Jaén). Menarquia a los 13 años. Tipo 3/32. Muy nerviosa y asustadiza. Oposición. Angustia. Palpitaciones. Haperdido cinco Kilos en un año. Temblor. Ligera hiperplasia difusa del tiroides.

Hiperplasia general del tiroides de matiz hiperfuncional.

Caso núm. 38.- (21392) E. Ch. A. de 37 años. Casada. Natural de Bilviestra del Pinar (Burgos) S. L. Menarquia a los 16 años. Tipo 6-7/27-28. Ha tenido tres embarazos. Muy nerviosa. Ataques psicógenos por disgustos. Excitación. Ojos muy abiertos. Temblor y delgadez. Cefaleas. Disnea de Esfuerzo. Edemas maleolares. Nicoturia. Bocio abultado con trill.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 39.- (21424).- M. J. C. de 38 años. Soltera. Ofici nista. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 4-5/28-30. Caída del vello. Febrícula y eczema. Nerviosa. Hace 4 años, empezó a presentar caída del vello de la región axilar y pubiana, de las cejas y presencia de calor y sofocos. Muy irritable y con temblor en las manos sobre todo al realizar tareas delicadas.

Pelada. Eczema de palmas de las manos. Hipertiroidismo.

Caso núm. 40.- (21435) J. E. F. de 40 años. Soltera. Natural de Campanario (Badajoz). Menarquia a los 14 años. Tipo 3/24. Amenorrea de tres meses. Hace seis años, le dijeron tenía un bocio pequeño al que no dió gran importancia por no tener síntomas. Actualmente, se encuentra nerviosa y preocupada con temblor y astenia. Pelo escaso. En el cuello se palpa nódulo como una almendra en el

módulo izquierdo del tiroides.

Bocio nodular con reacción hipertiroidea.

Caso núm. 41.- (21608).- A. S. R. 21 años. Soltera. Natural de Berme de la Moraleda (Jaén). Cinco hermanos muertos al nacer. Quedan siete sanos. Menarquia a los 15 años. Tipo 5/28-30. Desde hace dos años, se queja de dolores de cabeza y garganta y hay sensación de opresión. Cefalalgia casi continua. Ha perdido 5 Kg. Palpitaciones. Poco apetito. Rapidez en las cosas que hace y nerviosismo. Le molesta el calor. Región vasomotora en el cuello.

Juvenilismo. Ligera reacción hipertiroidea.

Caso núm. 42.- (21678).- J. P. J. de 28 años. Soltera. S. L. Natural de Culergas (Cuenca). Menarquia a los 11 años. Tipo 5/28. Hace diez años, empezó a notar abultamiento del cuello, pero desde hace un año, empezó a presentar adelgazamiento, insomnio, aumento de nerviosismo. Ha perdido 6 Kg. de peso. Hipertrichosis en miembros y en mamas. Se palpa tiroides, aumentado más a expensas del lóbulo derecho.

Hipertiroidismo y mioma.

Caso núm. 43.- (21696).- A. F. P. de 31 años. Soltera. Natural de Madrid. Cajera. Le fué extirpado un tiñón por piodermitis. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/26. Oligomenorrea. Operada del ovario derecho y apéndice. Nerviosa y parastésica y emotiva. Alteraciones digestivas con náuseas y vómitos. Duerme mal. Inquieta. Lloro con facilidad. Temblor de manos con hiperhidrosis. Febrecula. Mal apetito. Suspiros profundos. Clonus emotivo y tristeza de espíritu.

Hipertiroidismo de tipo digestivo y vesical.

Caso núm. 44.- (21698).- J. V. M. de 55 años. Casada. Menarquia a los 15 años. Tipo 4/30. Dos embarazos y un aborto. Menopausia a los 49 años. Hace dos años, comenzó con sed y poliuria así como aumento progresivo de peso. Le fué puesto tratamiento curando prontamente. Unos meses después comenzó a sentir opresión, angustia, ojos muy abiertos, temblor y disnea de esfuerzo, así como pérdida de epeso.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 45.- (21732) R. A. F. de 28 años. Casada. Natural de Paradores de Castró (Zamora). Menarquia a los 14 años. Tipo 8/28. Un embarazo. Dos o tres días después del parto, notó la aparición de un pequeño nódulo en la parte superior del cuello, y al mismo tiempo que presentaba intranquilidad motora, nerviosismo -- insomnio, temblor, pérdida de peso, palpitaciones, diarreas, estado nauseoso, sensación febril, exoftalmos simétrico. Párpados retraídos. Cuello con nódulos duros. Corazón con eretismo y ritmo de galope. Taquicardia.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 46.- (21756). E. M. N. de 36 años. Casada. Natural de Segovia. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/28. Ha tenido tres partos. Dos abortos. Presenta desde hace unos meses, taquicardia sensación de hormigueo y adormecimiento de las manos, sofocos, seguidos de escalofríos, muy emotiva. Ha perdido mucho peso. Presenta insomnio y diarrea. Adenoma difuso del tiroides.

Caso núm. 47.- (21767). A. P. F. de 42 años. Casada. Natural de Almadén (C. Real). Menarquia a los 14 años. Tipo 2-3/28. Amenorrea hace 11 años, posterior a una operación de mioma. Desde hace

5 años abultamiento del cuello, que aumentó lentamente acompañado de temblor, taquicardia y palpitaciones. Ha perdido peso. Se ha vuelto más nerviosa e irritable. Friolera. Insomnio. En cuello bocio de tamaño de un huevo a expensas del lóbulo izquierdo e istmo nodular blando.

Bocio con hipertiroidismo.

Caso núm. 48.- (21993) M. G. H. de 37 años. Casada. Natural de Carrascalejo de la Jata (Cáceres). Nefritis, con glucosuria. Pleuresía. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/30. Tres partos. Hace 12 años, después del primer parto, notó aumento del cuello que ha ido agrandándose más con los partos. Muy nerviosa. Irritable, Temblor y adelgazamiento. Bocio que aumentó de tamaño también en los días de la regla. En el lóbulo derecho del tiroides, hay un nódulo como una nuez.

Bocio nodular endémico con hipertiroidismo de la lactancia.

Caso núm. 49.- ((22044) A. ;. N. de 18 años. Soltera. Natural de Alcome (Badajoz). Hace 6 años, le fué practicada amigdalectomía. Desde entonces voz más gruesa. Menarquia a los 15 años. Tipo 5/28-90. Con baches amenorreicos de 1 a 3 meses. Posterior a un trauma psíquico adelgazamiento, dolor en los ojos. Abultamiento del cuello. Palpitaciones, temblor de manos. Estrías en región glútea. Insomnio y sueño intranquilo. Poco apetito y edemas maleolares.

Hipertiroidismo emocional.

Caso núm. 50.- (22045).- D. P. L. de 39 años. Casada. Natural de Otture (Granada). Menarquia a los 13 años. Tipo 3/26-28. Actualmente baches amenorreicos de tres meses de duración. Desde hace dos

años apetito y adelgazamiento. Sintiendo nerviosa con temblor, depresión y tristeza. Padece de insomnio y sobresaltos. Tiene palpitaciones. Ojos brillantes y saltones. Manos frías y sudorosas.

Enfermedad de Basedow en regresión y neurosis.

Caso núm. 51.- (22060).- M. P. S. J. 41 años. Casada. Natural de Madrid. Ha tenido un infiltrado en el pulmón derecho. Apendicitis siendo operada y un parto con forceps. Menarquia a los 11 años. Tipo 3-4/28. Hace año y medio debido a disgustos familiares sus síntomas se han recrudecido, presentando ansiedad, nerviosismo, tristeza, irritabilidad, depresión de ánimo, desgana de vivir específica, cefaleas intensas. Ha perdido 7 Kg.

Neurosis de situación con reacción hipertiroidea.

Caso núm. 52.- (22066).- C. J. P. 24 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 17 años. Tipo 5-6/30-31. Baches amenorreicos de un mes. Hace tres años, empezó a presentar náuseas y vómitos así como repugnancia por los alimentos. Durante este tiempo ha perdido 7 u 8 Kg. encontrándose nerviosa, desazonada, irritable durmiendo mal, con temblor, palpitaciones, que la obligan a dejar su trabajo. Mirada brillante, débilas vespertinas y cefalea frontal.

Neurosis basedowide (hipertiroidismo central).

Caso núm. 53.- (22159).- O. G. F. de 33 años. Casada. Antecedentes amernos con endocrinopatías bociosas. Natural de Valera de Abajo (Cuenca). Hace tres años, aproximadamente, presenta ataques muy distanciados con mordedura de lengua y relajación de esfínteres, así como pérdida de conocimiento. Ha tenido pulmonía. Menarquia a los 17 años. Tipo 5-6/26-30. Abundante. Ha tenido tres embarazos. Dificultad respiratoria con dolor en hipocostado izquierdo y

sensación de pinchazos. Poco apetito. Diarreas con deshidratación y astenia. Ha perdido peso. Palpitaciones con disnea de esfuerzo y temblor de manos. Muy nerviosa, excitable y emotiva.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 54.- (22160).- E. M. A. de 43 años. Casada. Natural de Ontoria del Pinar (Burgos). Menarquia a los 16 años. Tipo 2/35-37 Oligomenorreica. Desde los 10 años dice que nota abultamiento de la región anterior del cuello sobre todo del lóbulo izquierdo. Hiper-trofia actual del lóbulo derecho. Hace unos meses presentó un cuadro de diarreas profusas e intensas que no obedecían a ningún tratamiento, perdiendo 6 kilos en 8 días, también tenía astenia y pérdida de apetito. Se le mandó hacer un metabolismo que dió + 55, por lo que se le puso tratamiento antitiroideo y mejoró sensiblemente. Presenta por las noches hormigueos en los dedos. Cefaléas. También desde hace algún tiempo presenta una pérdida de sangre oscura y mal oliente por el pezón derecho con dolor intenso a veces. Es muy friolera. Voz apagada y ronca. Cuello: hiperplasia del tiroi-des a expensas de sus dos lóbulos el izquierdo duro y quístico como una mandarina. En la mama izquierda, tumoración como una naranja, dura y no desplazable.

Bocio intratorácico calcificado con reacción hiperfuncional. Fibrilación auricular. Tumoración de mama.

Caso núm.-55.- (22117).- F. D. J. de 22 años. Soltera. Natural de Velada (Toledo). Telefonista. Menarquia a los 15 años. Tipo 4-5/27-28. Escasa. Nerviosismo. Palpitaciones. Desde hace un año, por una situación familiar, que le es muy desagradable y violenta. Opresión precordial. Edemas maleolares. Cefalea. Friolera. Emotividad fácil. Duerme bien, con sobresaltos. Reacción vaomotor

muy positiva. Taquicardia y eretismo cardíaco. Soplo rudo y rodado en punta, sistólico

Neurosis de situación. Enfermedad reumática de localización mitral, (Estenosis) con reacción hipertiroidea.

Caso núm. 56.- (22212).- R. G. F. de 42 años. Soltera. S. L. Natural de Riosalado (Orán). A los 14 años, reumatismo y fiebre - que la tuvieron en cama durante 4 meses. Menarquia a los 12 años, Tipo 4/28. Menopausia a los 40. Con sofocos. Desde hace un año, sofocos y cefaleas, adelgazamiento de 10 Kg. o más, intranquila e irritable. Exoftalmos y retracción del párpado superior. Aumento del volumen del cuello, disnea de esfuerzo. Edemas maleolares - vespertinos. Nicturia. Cuello con adenoma tiroideo a expensas de los glóbulos laterales del tamaño de un huevo. Corazón erético.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 57 - (22226).- E. L. F. de 25 años. Casada. Natural de Sames (Asturias). S. L. Menarquia a los 15 años. Un bache amenorreico de tres meses a los 20 años. Tipo 3-5/20-23.- Un embarazo y un parto normal. A raíz de él, empezó a adelgazar, perdiendo hasta 8 Kg. Ha tenido llamaradas de calor y sofocos. Temblor. Insomnio. Ha perdido 18 Kg. en 2 meses. Mareos y sudoración.

Hipertiroidismo y lactancia.

Caso núm. 58.- (22228).- M. L. C. C. de 21 años. Soltera. Natural de Alicante. Estudiante. Menarquia a los 11 años. Tipo 5/28. Diagnosticada de anexitis. Consulta por bocio. Presenta inquietud motora muy nerviosa, temblor, sensación febril, exoftalmos en ambos ojos. Corazón erético. Taquicardia.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 59.- (22234).- M. D. R. de 12 años. Natural de Madrid. Padres diabéticos. Menarquia a los 12 años. Tipo 3/28.

Oligomenorrea. Pérdida de peso, cefaleas, fiebre y astenia. Fotofobia, nerviosismo y emotividad. Le sienta mal el calor, palpitaciones, acrocianosis, ruidos de oídos. Mareos y febrícula.

Bocio con hiperfunción.

Caso núm. 60.- (22454).- J. C. D. de 33 años, casada. Natural de Patones (Madrid). Menarquia a los 15 años. Tipo 4-5/28. Con oligomenorrea. Hace cuatro años, empezó a presentar aumento progresivo del cuello. Sueño, pérdida de peso, y nerviosismo. Se palpa tiroides del tamaño de una mandarina que se desplaza por la deglución.

Bocio endémico con ligero hipertiroidismo.

Caso núm. 61.- (22463).- M. G. N. de 40 años. Natural de Linares (Jaén). Menarquia a los 14 años. Tipo 7-8/28-30. 6 hijos y un feto muerto. Dolor cervical posterior. Bocio, nerviosismo - desde hace un año. Acortamientos y parestesias de manos. Escalofríos, y sudoración profusa. Ha perdido de 12 a 14 Kg. en tres meses. Disnea de esfuerzo. Fiebre de 37°. Temblor. Duerme mal. Tiroides aumentado de tamaño.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 62.- (22486).- G. F. G. 44 años. Casada. Natural de Cadarso de los Vidrios (Madrid). Ha tenido 9 hermanos. Menarquia a los 14 años. Tipo 5/28. Dos hijos. Metrorragias. Adelgazamiento. Alteraciones menstruales con baches amenorreicos y actual climaterio. Con sofocos. Alteraciones intestinales. Mareos. Nerviosismo. Temblor y parestesias.

Climaterio y neurosis con reacción basedowoides central.

Caso núm. 63.- (22503) A. B. G. de 56 años. Viuda. S. L. Natural de Martín de Jales (Salamanca). Padre muerto de un bulto en el cuello. Una hermana con bocio. Antecedentes familiares obesos y con bocio. 8 hijos, dos muertos de pequeños. Menarquia a los 15 años. Tipo 4-5/28-30. Menopausia a los 55 años. Sofocos. Nerviosismo y cenestesia. Molestias precordiales. Se encuentra intranquila, cansada con mareos y palpitaciones. Aumento del - tiroides. Ritmo de galope.

Obesidad liposomática con hipertensión e hipertiroidismo central.

Caso núm. 64.- (22520). E. F. A. 36 años. Casada. Natural de Espinosa del Rey (Toledo). Ha tenido 2 hijos. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Palpitaciones como en crisis, irregulares que le impiden conciliar el sueño con sensación de ahogo. Astenia, Hipertiroidismo.

Caso núm. 65.- (22532). C. I. G. 37 años. Casada. Natural de Robledo de Sabela (Madrid.) Menarquia a los 12 años. Tipo 2-3/28. Escasas. Un parto normal. Abultamiento del cuello. Es muy nerviosa, presentando temblor de manos y palpitaciones. Ha perdido peso. Estreñimiento. Disnea de esfuerzo. Bocio palpable del tamaño de una mandarina.

Bocio nodular endémico.

Caso núm. 66.- (21146).- M. R. G. de 33 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/35-37. Presenta jaquecas desde hace 20 años. Náuseas y digestiones pesadas, con alteraciones intestinales. Presenta en región anterior del cuello

un abultamiento a expensas de ambos lóbulos sobre todo del izquierdo del tamaño de un huevo de paloma, de consistencia media.

Bocio nodular endémico.

Caso núm. 67.- (21159).- R. G. P. de 26 años. Casada. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Presenta desde hace tres meses, taquicardia, vasolabilidad, disnea de esfuerzo, edemas posturales, nicturias, engrasamiento de tipo lipomático, mirada brillante con retracción de párpados. Aumento del tiroides.

Obesidad e hipertiroidismo.

Caso núm. 68.- (M2536) M. F. A. de 38 años. Casada. S. L. Natural de Fuensalida (Toledo). Menarquia a los 16 años. Tipo 3-4/28-30. Desde hace 6 años, presenta fatiga y astenia que se acompaña de anorexia, temblor de manos, sensación de tristeza y nerviosismo. Se palpa tiroides a expensas del istmo y lóbulo derecho.

Hipertiroidismo

Caso núm. 69.- (22575).- A. H. A. de 65 años. Viuda S. L. Natural de Melque de Cercos (Segovia). Menarquia a los 16 años. Tipo 4-5/22-25. Hipermenorrea. Menopausia a los 45 años. Sofocos y nerviosismo. Decaimiento general. Adelgazamiento, temblor y ruidos de oídos. Sensación de ahogo y palpitaciones. Molestias digestivas. Insomnio. Pérdida de peso. Cambio de carácter. Inapetencia. Pérdida de memoria. Despreocupada.

Hipertiroidismo involutivo.

Caso núm. 70.- (23528) B. N. P. de 34 años. Soltera. Natural de Novel (Alicante). Menarquia a los 11 años. Tipo 4-7/37-40. -

Abundantes. Desde hace 6 años y después de un disgusto familiar - presenta nerviosismo, durmiendo mal, adelgazamiento y gran aumento de apetito. Temblor de los miembros superiores e inferiores. Emotividad fácil. Labilidad vasomotora. Estreñimiento. Hiperhidrosis. Bocio duro parenquimatoso con predominio en el lóbulo izquierdo.

Bocio nodular esporádico con reacción hipertiroidea.

Caso núm. 71.- (19563). S. T. A. de 29 años. Casada. Natural de Madrid. Un parto normal. Menarquia a los 13 años. Tipo 5/30-31 habiendo presentado al comienzo de la enfermedad baches amenorreicos. Al tiempo que presentaba un aumento del cuello sobre todo - se exacerbaron sus síntomas después del parto. Presentó palpitaciones y temblor. Cefaleas continuas.

Hipertiroidismo de lactancia.

Caso núm. 72.- (19691).- J. P. R. de 31 años. Casada. S. L. Natural de Lozoyuela (Madrid). Menarquia a los 16 años. Tipo - 3/28. Escasas. Dos embarazos. Palpitaciones, nerviosismos, temblor de los dedos, emotividad y llanto fácil, aumento progresivo del cuello que se exacerbó después de los partos. Adelgazamiento.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 73.- (21311).- A. R. P. de 36 años. Casada. Natural de Ponferrada. Antecedentes con alteraciones mentales. Un parto con feto muerto. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/32-35. Aumento del tamaño del bocio desde el embarazo. Muy delgada. Nerviosa. Emotiva con insomnio, palpitaciones y diarreas.

Bocio con hipertiroidismo.

Caso núm. 74.- (21339).- R. M. N. Soltera. 31 años. Natural de Cuenca. Menarquia a los 14 años. Tipo 5/26. Hipermenorrea. Cuello grueso. Exoftalmos y retracción de los párpados. Consecutivo a la muerte repentina de un familiar. Palpitaciones. Temblor. Metabolismo + 38. Mejora con el tratamiento. Pero por dejarlo durante dos años, empezó otra vez con la sintomatología ahora más acusada. Con cefaleas, y mareos. En cuello adenoma tiroideo nodular.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm 75.- (23566).- M. N. de la M. De 40 años. Casada S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28.- Ha tenido dos hijos y un aborto. Desde hace dos meses, se encuentra muy nerviosa. Temblor y emotiva. Con clonus emotivo. Dermografismo positivo.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 76.- (21440).- L. C. A. de 20 años. Soltera. Natural de Lugo. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/32. Muy nerviosa - Con angustia y palpitaciones. Siente opresión en la garganta que la impide respirar. Ha perdido mucho peso. A la palpación hiperplasia difusa del tiroides.

Hiperplasia juvenil hiperfuncional.

Caso núm.- 77.- (23698) A. R. Ll. de 33 años. Casada., Natural de Madrid. Operada de quiste de ovario. A los tres meses, del primer embarazo. De siempre ha padecido alteraciones digestivas. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Ha tenido dos hijos y un aborto. Presenta un bulto en el cuello que dice la enferma que le sube y le baja al tragar, y que al parecer le excita. Palpitaciones. Aumento difuso del tiroides de consistencia parenquimatosa.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 78.- (21796) L. C. S. De 40 años. Soltera. Natural de Jaén. Menarquia a los 13 años. Tipo 5/21. Escasas. Muy nerviosa, con ataques repetidos a la menor contrariedad, excitación, Ojos muy abiertos. Temblor y delgadez. Cefaleas. Disnea de esfuerzo y edemas maleolares. En cuello se palpa bocio con trill.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 79.- (21806).- A. C. C. De 37 años. Casada. Natural de Dimiel (Ciudad Real). Menarquia a los 16 años. Tipo 6-7/27. Oposición precordial. Temblor. Delgadez. Dermografismo positivo. Bocio difuso de consistencia dura.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 80.- (23458).- C. R. S. De 42 años. Soltera. - S. L. Natural de Fuente de León (Badajoz). Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/25. Hipomenorrea. Siente mucho frío. Mareos y náuseas. Tiene frecuentes diarreas. Cefaleas con fotofobia. Sofocos. Hiperhidrosis.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 81.- (332-19).- J. J. G.- De 38 años. Soltera. - Natural de Madrid. Profesión: Modista. Menarquia a los 13 años. Tipo 4-5/28-30: Caída de vello axilar y pubiano, con febrícula. Nerviosismo. Temblor. Alteraciones digestivas. Anorexia nerviosa. Cansancio. Cefaleas.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 82.- (313-20).- E. F. M. de 40 años. Natural de Onrío (Badajoz). Menarquia a los 14 años. Tipo 3/24. Baches -

amenorreicos de 3 meses de duración. Desde hace 6 años, nota aumento progresivo del cuello que no le producía molestias. Sin embargo actualmente, se encuentra muy nerviosa, con gran temblor y astenia. En el cuello presenta un nódulo del tamaño de una nuez en lóbulo derecho del tiroides.

Bocio nodular hipertiroideo.

Caso núm. 83.-, (152-21). S. A. R. de 31 años. Soltera. Natural de Bermeo (Bilbao). Antecedentes familiares con diversas endocrinopatías. Menarquia a los 15 años. Tipo 5/28-30. Desde hace dos años, presenta dolores de cabeza y garganta. Con sensación de opresión. Cefaleas. Ha perdido bastante peso. Palpitaciones. Pérdida de apetito. Reacción vasomotora, en el cuello. Sensibilidad al calor.

Reacción hipertiroidea.

Caso núm. 84.- (189-21).- J. R. P. de 28 años. Natural de Cuenca. S. L. Menarquia a los 11 años. Tipo 5/28. Desde hace 10 años, viene notando aumento progresivo del cuello pero desde hace un año, empezó a adelgazar, presentando insomnio, es muy nerviosa, palpitaciones y opresión. Tiroides, se palpa. Ligeramente aumentado de tamaño. Han tenido metrorragias. Diagnosticada de mioma que no ha operado.

Hipertiroidismo.

Caso núm. 85.- (171-21).- V. P. M. de 31 años. Soltera. Natural de Madrid. Operada de colelitiasis. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/26. Oligomenorreica. Apendicectomizada. Nerviosa y emotiva. Náuseas y vómitos. Temblor de manos. Presenta febrícula.

Clonus emotivo.

Hipertiroidismo.

Caso núm.- 85.- (325-21).- E. M. M. De 42 años. Casada. Natural de Almería. Menarquia a los 14 años. Tipo 8/28. Un embarazo Pocos días después del parto, nota aumento del cuello. Nerviosismo. Insomnio. Temblor y palpitaciones. Pérdida de peso. Náuseas y diarreas. Cuello con nódulos muy duros. Eretismo cardíaco y taquicardia.

Enfermedad de Basedow.

Caso núm. 86.- (21142).- I. P. G. De 36 años. Soltera. - S. L. Natural de Campanario (Badajoz). Menarquia a los 12 años. Tipo 2-3/28. Abundante. Desde hace 2 años, presenta fiebre sobre todo vespertina, angustia, vómitos y mareos. Ha perdido peso. Tiene escalofríos. Palpitaciones, astenia y debilidad. Se queja también de acúfenos; en cuello hiperplasia difusa del tiroides.

Bocio hiperfuncionante y mioma.

Caso núm. 87.- (21139).- C. S. C. de 48 años. S. L. Casada Natural de Córdoba. Tiene 4 hijos. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Cin baches amenorreicos, de 1 a 2 meses de duración. Consulta porque hay bocio que se acompaña de nervios y palpitaciones. Voz ronca y dolor en tiroides que se dirige hacia ambos brazos.

Tiene temblor y sofocos. En cuello presenta tumoración del tamaño de una mandarina.

Bocio nodular hipertiroides.

Caso núm. 88.- (21112) M. C. R. T. de 31 años. Casada. Natural

Madrid. Ha tenido dos hijos. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/28.

Consulta por bocio y nerviosismo. Desde hace tres años se nota el cuello más abultado sobre todo del lado izquierdo y a veces refiere la enferma que le produce dolor y sensación de tirantez. Sus síntomas se han agudizado desde que lactó a su último hijo, presentando desde entonces cefaleas, hormigueos y parestesias.

Bocio hipertiroideo.

Caso núm. 891- (21101).- A. L. C. de 50 años. Casada. S. L. Natural de Ussa de Ves (Albacete). Ha padecido paludismo. Tifoidea y disfonía desde hace 18 años. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/30. Menopausia hace 5 meses. Ha tenido 6 hijos. Desde hace 20 años presenta bocio pero como no le molestaba, no había consultado. Actualmente, presenta: Palpitaciones, edemas, hiperplasia, tiroidea con nódulo en lóbulo derecho.

Bocio hiperfuncionante.

Caso núm. 90.- (21054).- F. H. H. de 25 años. Soltera. Natural de Ciempozuelos (Madrid). Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/30-31 con oligomenorrea e hipomenorrea y baches amenorreicos. Desde hace unos meses, presenta bocio, cefaleas, y manchas en la cara de color rojo y calientes con descamación. Temblor. Prurito. Vello en cara sobre todo en patillas, y barbilla; en brazos y muslos, así como en el cuello. Nódulo de consistencia dura en el lóbulo derecho del tiroides.

Bocio simple hiperfuncionante con hirsutismo.

Caso núm. 91.- (21043).- A. M. M. De 19 años. Soltera. Natural de Arévalo (Avila). Menarquia a los 15 años. Tipo 3-4/28-30. Desde hace 1 año dificultad en la respiración y siente como una an-

gustia y sensación de ahogo. Se encuentra más nerviosa e irritable con insomnio y sueños sobresaltados.

Hiperplasi difusa del tiroides endémica.

Caso núm. 92.- (21029).- F. S. C.- de 29 años. Natural del Ferrol (Coruña). Casad. Menarquia a los 15 años. Tipo 2-3/28-29. Antecedentes de Pleuresía y bronconeumonía. Ovariectomizada. Hatenido dos partos normales, siendo consecutivo a ellos y mientras lactaba cuando ha aumentado su sintomatología presentando nerviosismo, se preocupa mucho por las cosas, muy irritable, duerme mal. Edemas A la palpación se toca tiroides aumentado del tamaño de 1 huevo de gallina.

Bocio nodular hiperfuncional.

Caso núm. 93.- (21020).- F. S. S.- Soltera. de 19 años de edad Natural de Trapacete de la Sierra (Cuenca). Menarqui a los 17 años escasa. Tipo 2/35. Desde hace dos meses siente opresión en región anterior del cuello habiendose presentado a esta altura un aumento del volumen a expensas de los dos lóbulos.

Bocio nodular endémico.

Caso núm. 94.- (20982).- M. C. M.- Casada. de 37 años. Natural de Caldevilla de Rengos (Asturias). Menarquia a los 13 años. Tipo 4/28 Ha tenido seis partos y le viven 5 hijos habiendo muerto otro de un proceso respiratorio. Lesión cavitaria en vértice derecho. Palpitaciones. Opresión. Temblor. Tiroides aumentado del tamaño de una mandarina en el lóbulo derecho. Proceso cavitario del vértice derecho por cuyo motivo está ingresada en un Sanatorio Antituberculosos

Bocio nodular endémico hierfuncionante.

Caso núm. 95.- (20729).- P. G. M. de 23 años. Soltera. Natural de Marillés del Trineo (Asturias). Ha padecido ictericia. Febrícula. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28. Molestias en el cuello. Sensación de opresión con angustia al respirar. Cefalea. Disnea. Bocio nodular endémico con hiperfunción moderada.

Caso núm. 96.- (20877). L. C. S. de 24 años. Soltera. Natural de Plasencia. Menarquia a los 14 años. Tipo 5/28. Desde hace seis años, nota aumento progresivo del cuello, sin que le produzca más alteraciones. Tiroides muy aumentado de tamaño a expensas de ambos lóbulos.

Bocio. Mioma.

Caso núm. 97.- (20898).- C. C. P. de 25 años. Casada. S. L. Natural de Mejorada del Campo (Madrid) Menarquia a los 14 años. Tipo 30-40. Ha tenido dos embarazos y desde que se casó hace 4 años ha perdido 10 Kg. Se preocupa mucho de las cosas. Nerviosa. Irritada. Sofocos y sensación de cansancio. Apetito. Estreñimiento. Hiperplasia difusa del tiroides a expensas del lóbulo derecho. Bocio inicial.

Caso núm. 98.- (20944).- E. E. G. de 35 años. Casada. S. L. Natural de Ubeda (Jaén). Ha padecido reumatismo. Ha tenido 4 partos y 3 abortos últimamente. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/29-30. Consulta por bocio, disnea de esfuerzo y algias en pierna. Desde hace 4 años nota aumento del tamaño del cuello en su porción anterior. Así mismo se cansa mucho al subir escaleras y cuando realiza algunos trabajos aunque no sean muy pesados. Dolor en todo el cuerpo pero más localizado en las piernas. Malestar general. Pérdida de peso. Cefaleas. Tránsito. Sofocos. Sensación de ahogo. Mu-

cho apetito. Estreñimiento.

Enfermedad mitral. Bocio con elemento retroesternal.

Caso núm. 99.- (20852) P. U. M. de 37 años. Casada. Natural de Monteagudo de Vicarías (Soria). Menarquia a los 12 años. Tipo 1/28. Hipo y oligomenorrea. Tiene un bulto en el cuello que a veces le impide el respirar. Muy excitable. Con apetito. Estreñimiento. Por palpación en el cuello se encuentra tiroides con abultamiento central. Bocio nodular y quístico. Mioma.

Caso núm. 100.- (19971).- M. U. T. de 60 años. Casada. Natural de Peñaranda de Bercamonte (Salamanca). Ha padecido reumatismo. Menarquia a los 13 años. Tipo 3-4/40. Abundante. Sofocos. Menopausia hace 13 años. Palpitaciones. Tumor en cuello a expensas del lóbulo izquierdo del tamaño de una naranja, que se pierde por detrás del esternón. Muy nerviosa, irritable con palpitaciones e insomnio. Ha tenido dos hijos.

Bocio nodular con esclerosis vascular involutiva.

TIROIDES

HIPOFUNCION 63 cases.

HIPOTIROIDISMO

Caso núm. 1.- (23811). A. B. N. 26 años. Soletra. Natural de Córdoba. Fué tiroidectomizada hace 2 años. Menarquia, a los 13 años. Tipo 6-7/28-30, con dismenorrea. Desde hace dos años y poco después de la operación presentó un cuadro de cefaleas, palpitaciones, y sofocos. Ha tenido una marcada pérdida de memoria, sintiendo una opresión en la garganta que la obliga, junto con el resto de sus síntomas, a consultar, en nuestro Servicio. Duerme mal. Padece estreñimiento y frecuentes náuseas sin llegar al vómito. Síndrome de insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 2.- (23921). G. P. C. 54 años. Viuda, obrera, Natural de Peñarana de Bracamonte (Salamanca), padeció sífilis que fué tratada y curada. Fué operada hace 5 años de bocio intratorácico. Poco después empezó a presentar ideas paranoides, que hicieron necesaria la aplicación de electro shock. Menarquia a los 13 años Tipo 8/28. Cuatro hijos con partos normales. Menopausia a los 49 años. Desde hace 3 meses la voz se le ha convertido en una voz bronca con pitidos. Dice que últimamente ha perdido 5 Kg. sin embargo, es una mujer obesa de 155 cm. de talla y 74 Kg. de peso. Poco apetito. Gran emotividad. Adiposidad en delantal, no dolorosa. Insuficiencia tiroidea postoperatoria, con estado depresivo.

Caso núm. 3.- (23733). L. G. L. 24 años. Soltera. Natural de Paterna (Valencia) S. L. Desde muy pequeña observaron sus familiares que no crecía. Empezó a andar a los 22 meses y le empezaron a salir los dientes a los 24. Sin embargo, la enferma siem-

pre fué de carácter tranquilo que lloraba muy raras veces. Menarquia a los 18 años. Tipo 15-20/90-120. Actualmente, presenta un tipo - 8-10/90-120. Inteligencia despierta. Alegre, con tendencia a la euforia. Epíxtasis frecuentes. Gran sensibilidad al frío con presencia de sabañones ; poco apetito o estreñimiento, pelo áspero, bozo en el labio superior. Piel áspera y fría. Manos pequeñas y regordetas con acrecianosis. Talla muy pequeña. Atiroidismo de origen hipofisario (cretinismo).

Caso núm. 4.- (23737). P. M. A. de 42 años, viuda. Natural de Madrid. S. L. Hace 15 años grave depresión por un intenso trauma psíquico. Menarquia a los 15 años Tipo 6/22. Amenorrea de 2 meses, hace un año. Poli y proiomenorreas. Cefaleas. Frecuentes mareos. Desde hace 5 años, que empezó a sentir estos síntomas tiene tendencia a engordar. Sin embargo, presenta atenia nerviosa. Piel blanca, seca, áspera y escamosa, furfurácea y cuarteada. Es muy raro en ella el sudor. Desde que comenzó con el citado cuadro ha habido una pérdida del vello axilar y pubiano. Hipercreatosis follicular y palmar.

Insuficiencia tiroidea. Dermopatía.

Caso núm. 5.- (23686).- M. A. F. 51 años. Casada. Natural de Bembibre (León). S. L. Operada de bocio hace 13 años. Cefaleas hemicráneas ascensionales. Visión de luces. Lagrimeo. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/35/ Oligomenorreica. Menopausia hace 6 meses. Refiere la enferma que su vida genital se ha caracterizado por la frecuencia de baches amenorreicos. Con pesadez dolorosa lumbosacra y dolorimiento de los miembros. Desde hace 5 años, sofocos, palpitaciones y angustia. Por las noches suele despertarse sobresaltada

tada al encontrar sus manos acorchadas y agarrotadas. Muy depresiva. Con expresión del rostro angustiado. Aqueja una gran pérdida de memoria.

Climaterio con síndrome doloroso. Síndrome PPost-tiroidectomía.

Caso núm. 6 .- (23565). R. P. B. 27 años. Casada. Natural de Barcelona. S. L. Menarquia a los 13 años. A los 22 tuvo 8 meses de amenorrea que sólo respondió al tratamiento tanto entonces como al presentarse posteriormente. Explorada desde el punto de vista ginecológico le fué practicado un microlegrado con el siguiente informe. Mucosa uterina atrófica, en fase de proliferación. Sigió haciendo el tratamiento y desde hace 4 años, ni aún al tratamiento ha respondido la amenorrea. Tiene manos frías amoratadas y sudorosas. Sabañones. Mamas regresivas. Hipercreatosis folicular de piernas y brazos. La enferma ha mejorado con el tratamiento.

Amenorrea de origen hipofisario?. Hipotiroidismo?.

Caso núm. 7 .- (23427). M. G. C. 27 años. Casada. Natural de León. S. L. Antecedentes familiares : varios miembros de su familia han padecido procesos bociógenos. Era tan delgada que rayaba en la caquexia. Menarquia a los 13 años. Tipo 5-6/28. Actualmente 2/28. Estéril. Operada de tiroidectomía parcial. Trata da con tiuracilo. Empieza a engordar rápidamente, presentando un exoftalmos, muy marcado. Temblor, Ansiedad. Inquietud. Desde hace tres meses macroglosia y voz grave. Tiene la piel áspera y frío intenso. Padece estreñimiento. A menudo sudoración profusa.

Síndrome post-tiuracilo.

Caso núm. 8.- (23268). M. A. B. 54 años Casada. S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/28 . Cuatro embarazos. Desde hace dos años, las reglas corresponden al tipo 8110/90 - 120. A partir de entonces comenzó con un cuadro de malestar general cansancio muscular generalizado, hinchazón de piernas y cara mixe-dematosas, cambio de voz ue se ha tornado más bronca piel áspera y escamosa , somnolencia , gran sensibilidad al frío , torpeza de movimientos, . Esta sintomatología, se acompaña de un gran aumento de peso, de estreñimiento, de palidez edematosa y pelo áspero con caída de vello axilar y pubiano.

Insuficiencia tiroidea.

Caso n'um. 9.- (22451). M. A. A. G. 16 años. Soltera. Natural de Burgos. S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4/28 Con oligo e hipomenorrea. Consulta por: retraso morfológico y obesidad. Es muy friolera. Presenta el pelo lacio y muy seco, hasta tal punto que se le cae mucho. La piel es pálida , seca , caliente y granugienta al tacto. Tanto el vello axilar como el pubiano son muy escasos. Presenta, sin embargo moderada hipertrichosis, en brazos y piernas. Hipotiroidismo.

Caso n'um. 10.- (22148)P. N. L. 52 años. Casada. S. L. Natural de Toledo. Ha tenido 5 hijos , con partos normales. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4 /29-38. Escasa . Meno y metro rragias. Ha tenido 25 embarazos y de ellos 20 abortos . Menopausia a los 38 años. Hace 5 años hepatitis con hictericia, y desde entonces comenzó con un cuadro de pérdida de apetito. Sin embargo, presentó un gran aumento de peso dando la impresión de que estaba hinchada. Cambio brusco de carácter, con somnolencia. Se ha vuelto muy emq-

tiva. Dolores en todo el cuerpo Palpitaciones.

Insuficiencia tiroidea. Colecistitis con insuficiencia hepática.

Caso núm. 11.- (22035). M. R. G. 28 años. Casada. Natural de Cáceres. S. L. Ha tenido 4 abortos. De pequeña cree que a los 4 o 5 años padeció un proceso meningítico. Más tarde, a los 7, poliomielitis, y 2 años más tarde, tifoidea. A los 11 años, corea nerviosa. Hace tres años, reumatismo. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/28 con relgas muy escasas. Es una enferma muy sensible al frío. y por este motivo, así como por sus crisis de angustia, es por lo que consulta.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 12.- (22545).- S. O. M. 36 años. Casada. S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. 3-4 /28-30. Poli e hipermenorrea. Desde hace 3 años, presenta fatiga, sofocos, y cansancio achacándolo ella a un tratamiento que hizo para adelgazar. Pesa 87 Kg. y mide 1,60 cm. A partir de entonces se ha vuelto muy irritable con muy mal carácter hipersensibilidad al frío y estreñimiento. Presenta piel áspera y seca. Ha adelgazado 15 Kg y $\frac{1}{2}$ en 2 meses.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 13.- (22456).- D. G. B. 17 años. Soltera. Natural de Málaga. Nació pesando 7 Kg. presentando una crianza normal y desarrollo lento. Siempre ha sido muy gorda con piel áspera y fría apática, dormilona y malhumorada. Sin embargo, empezó a andar y a hablar a su debido tiempo. Presenta la típica cara de luna llena

con palidez edematosa. Menarquia a los 15 años. Abundante.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 14.- (21901).- N. M. P. 31 años. Casada. Natural de Lisboa (Portugal). Fue tiroidectomizada hace 5 años. Menarquia a los 14 años. Tipo 5/35 . Operada de un embarazo extrauterino. No ha vuelto a quedar embarazada. A raíz de la intervención anterior fué tratada con radioterapia ya que le había quedado una cicatriz queloide, presentando posteriormente anemia, cefaleas, somnolencia, hipersensibilidad al frío , estreñimiento, poco apetito, cansancio, tristeza y depresión. Después de la intervención presintió un mixedema. Piel áspera.

Mixedema postoperatorio .

Caso núm. 15.- (21866).- H. L. S. 18 años. Natural de Guadaluajara . S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 5-6/26-28. Refiere la enferma que desde hace dos meses empezó a notar un abultamiento del cuello haciéndose desde este momento mas sensible al frío y al sueño. Tiene rasgos mongoloides. Intensa hiperhidrosis palmar. También presenta hallux valgus. Bocio nodular endémico con cretinismo.

Caso núm. 16.- (21482) R. S. T. 21 años, soltera, natural de Linares (Jaén) S. L. Menarquia a los 16 años. Tipo 6/30 . Padre ligeramente hipotiroideo. La niña fué siempre retrasada en su desarrollo. Empezó a andar a los 3 años, y poco después comenzó a padecer ataques epilépticos . Tiene un carácter arisco, testaruda y cascarrabias. Fué vista por el médico y le puso un tratamiento con Vincidol, y a partir de entonces mejoró. Sin embargo, en este último año

ha sufrido grandes periodos de amenorrea. Y desde hace 2 meses, comienza a presentar un abultamiento de la cara con aspecto infiltrado. Presenta un cuello bocioso, y ha experimentado un cambio de la voz que se ha vuelto más opaca. Es de palabra lenta y premiosa. Estrñimiento , piel máspera y somnolencia. Hiperqueratosis folicular
Epilepsia esencial . Mixédema por Vincidol . Bocio.

Caso núm. 17.- (21342) M. R. C. 44 años. Viuda. Costurera. Natural de Logroño. Un aborto y un parto. Operada de mioma. Menarquia a los 13 años Tipo 6/28-30. A los 15 años amenorrea de 2 años. Desde hace 6 años, las reglas se han presentado con un acortamiento en cuanto al tiempo de presentación, respondiendo al tipo 4/15. Ultimamente desde hace más de 3 años, baches amenorreicos de 6 o 7 meses de duración, y desde hace 7 meses amenorrea postcastración. Obesidad y dolores erráticos . Cefaleas. Nicturia. Sofocos. Sudoración. Palpitaciones. Escalofríos. Parestesias de pies y manos. Gran emotividad.

Climaterio e insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 18.- (21115) A. O. L. 57 años casada. Natural de Madrid. S. L. Menarquia a los 14 años. 3-4/24-26. Cuatro embarazos y un aborto gemelar. Menaopausia a los 46 años. Bocio. Nerviosa y muy excitable. Temblor en las manos. Desde hace algúntiempo, estos síntomas se han acentuado, habiendo perdido peso y presentando por las noches tos pertinaz muy molesta y que la desvela. Somnolencia durante el día. Pelo seco y frágil y uñas que crecen poco y quebradizas. Manos de piel fría suave y húmeda con acrocianosis.

Hipotiroidismo y fibrilación auricular.

Caso núm. 19.- (20999).- A. V. M. 46 años. Casada. Natural de Granada. Tiene una hermana que ha padecido bocio. Antecedentes de obesidad en su familia. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/30. Palpitaciones, cefaleas. En los últimos 4 años la enferma ha engordado 64 Kg. Su carácter se ha tornado nervioso y pesimista. Acrocianosis en los miembros que se presentan calientes y seos.

Obesidad e insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 20.- (20658). H. C. C. 16 años, soltera. Natural de Asturias. Malformaciones congénitas ostensibles en diversos miembros de la familia. Ella tuvo un desarrollo muy retardado. Alimentación deficiente. Hace dos años, la familia empezó a notarle estrabismos en el ojo derecho. Caer a menudo al suelo sin darse cuenta. Pasa muchas horas sentada presentando un aspecto impasible. Tiene muy buen genio. La cara es típica lunar. No tiene vello axilar ni pubiano. Presenta signos debidos a múltiples caídas. Movimientos torpes. Menarquia a los 19 años, hace dos meses no habiendo vuelto a sangrar.

Síndrome demencial con degeneración cretínica.

Caso núm. 21.- (20609).- J. D. R. de 23 años. Casada. Natural de Santander. Ha padecido raquitismo. Un embarazo con anemia postpartum. Menarquia a los 13 años 5/30 con oligomenorrea. Piel seca y áspera como sus padres. Desde hace 4 años, aumento de la parte anterior del cuello. Hipoacusia. Pérdida de memoria. Pereza mental. Voz ronca y débil. Tiene tos nocturna irritativa. Disnea de esfuerzo y astenia. Operada de varios quistes del lóbulo derecho del tiroides. Poco después le aumenta el lado izquierdo. Estreñimiento. Frágil. Parestesias en brazos y piernas. Carácter tranquilo, poco excitable.

Bocio nodular en d mico hipofuncional recidivado con mixedema.

Caso núm. 22.- (20581). F. D. D. 42 años. Soltera. Natural de Suances (Santander). Fu  operada hace 10 años de Basedow. Un año más tarde presenta mixedema. Fu  tratada mejorando Menarquia a los 15 años Tipo 3-4/30 . Desde hace 2 años, digestiones pesadas estreñimiento, tendencia al aumento de peso. Somnolencia. Es muy friolera. Disnea de esfuerzo. Deprimida. Presenta una cicatriz en collar en la base del cuello. Lipomas voluminosos yuxtatrocant reos.

Insuficiencia tiroidea postoperatoria.

Caso núm. 23.- (20489). S. F. M. 18 a años. Soltera Menarquia a los 17 años. 4-5/30. Desde hace 4 años. abultamiento en región anterior del cuello. Cefaleas y edemas maleolares. Cara redondeada Voz baja algo velada e inexpresiva. Aspecto de quietismo e inmovilidad. Piel gruesa, áspera y grasienta.

Bocio nodular endémico reacción end nico con reacción hipofuncional.

Caso núm. 24.- (18448). C. E. E. 28 años. soltera. Maestra Natural de Coscurita (Soria). Tuvo 3 hermanos que fallecieron nada más nacer. Menarquia a los 19 años. Tipo 5/30 abundante. Bajita y muy gruesa. Retraso en el crecimiento y en la iniciación de la vida genital. Desde hace tres años, nota aumento de volumen en su cuello Temblor de piernas. Excitabilidad y crisis de llanto. Voz opaca y apagada. Permanece largo tiempo inmóvil. Muy friolera. Mucho sueño. Piel  spera. Estreñimiento. Cara lunar. Manos intridentes pier

nas incurvadas de apariencia raquítica. Mixedema congénito de origen hipofisario.

Caso núm. 25.- (18524)M. D. A. S. 17 años. Soltera. Natural de Madrid. A los 14 meses, era una niña muy gorda como abotargada y de mediana inteligencia, que presentaba un color amarillento de la piel. Tratada mejoró. Muy friolera de pies y tobillos. Sudor frío. Buen apetito. Color pálido de piel y mucosas. Menarquia a los 14 años. Reglas muy irregulares, con baches de 6 a 11 meses. Oligomenorreica.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 26.- (18589). B. G. V. 13 años. Soltera. Natural de Madrid. S. L. Menarquia a los 12 años, de tipo 4/26-28. Abundante. Cefaleas, Mareos. Apática. Malhumorada desde hace 2 años. Escaso interés por el estudio. Piel áspera como de gallina. Dormilona. Cachazuda. Lampiña. Manos menudas. Caída del cabello. Oblicuidad mongólica. Vello pubiano normal y bien desarrollado.

Basofilismo inicial con insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 27.- (19436). I. P. P. 49 años. Casada. Natural de Valladolid. Sl. 3 hijos. Menarquia a los 14 años. 2-3/30. Oligomenorreica. Desde hace 7 años, baches amenorréicos. Menopausia a los 48 años. Alopecia. Aumento del cuello. Voz dura y piel áspera. Lenta de gestos y habla. Muy friolera. Ha adelgazado. Somnolencia. Vello axilar y pubiano, escaso. Insu-

Insuficiencia tiroidea. Alopecia difusa.

Caso núm. 28.- (19794).- E. R. L. 46 años. Natural de Villar de Plasencia(Cáceres) Casada. S. L. Menarquia a los 15 años. Tipo 3/27-28. Oligomenorreica. Desde hace dos años hipermenorreica. Ha tenido

hipermenorreas. Ha tenido un parto normal. Molestias digestivas. Estreñimiento. Cefaleas. Aumento de peso. Se ha vuelto lenta para la comprensión hasta tal punto que hay que repetirle varias veces las preguntas. Emotiva, llora con facilidad. Palpitaciones y sofocos. Muy sensible al frío. Hormigueo y frialdad en los pies y manos. Piel áspera en algunas zonas.

Insuficiencia tiroidea. Climaterio y pericolecistitis.

Caso núm. 29.- (18399).- T. H. M. De 18 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. El tipo que presenta es: 3/28 - 30. Polimenorrea y proimenorrea. Disnea de esfuerzo. Acrocianosis. Tiene mucho frío. Es emotiva y con facilidad se le saltan las lágrimas. Presenta tobillos hipogenitales.

Hipotiroidismo.

Caso núm. 30.- (17059).- A. L. C. De 39 años. Soltera. Natural de Madrid. Costurera. T. B. C. juvenil. Menarquia a los 11 años de tipo 3/25-27. Amenorrea de 6 meses después de padecer el proceso T. B. C. Disnea y palpitaciones. Angustia. Parestesias, en los miembros. Inapetencia. Miopía. Piel fina, suave y fría. Aspecto mixedematoso del rostro. Tórax: hipomatoso. Mamas succulentas. Gigantismo congénito del dedo pulgar izquierdo. Miembros inferiores con edema duro y acrocianosis en los tobillos. Es muy dormilona. Presenta las manos muy menudas.

Insuficiencia tiroidea con corazón irritable.

Caso núm. 31.- (17000).- N. C. C. 55 años. Natural de Madrid. Casada. Menarquia a los 11 años. Tipo que presenta : 3-4/23-28. S. L. Se le presentó la menopausia a los 44 años. Verdaderamente es muy sensible al frío. Diarreas. Molestias subjetivas por todo

el cuerpo. Acorchamiento y hormigueo en las manos, produciéndole desasosiego y sensación muy desagradable. Cara hipotiroidea. Cuello aumentado de volumen. Su aspecto es mixedematoso.

Insuficiencia tiroidea. Retinitis pigmentaria.

Caso núm. 32.- (16766). - M. L. L. De 24 años. Soltera. Natural de Fuentesagrada (Lugo) Madre : epiléptica. Menarquia a los 15 años de tipo 5-6/25-28. Oligomenorrea. Ataques desde los 15 años. Insomnio pertinaz y sueños verdaderamente desagradables y terroríficos. Es muy friolera. Tiene la cara lunar, con defectos y chapetas. El cuello presenta adenoma de tamaño de una aceituna de lóbulo central blando, muy sensible. Desordenada. Tiene un genio muy vivo. Palpitaciones y sofocos.

Hiperplasia nodular de tendencia hipofuncional.

Caso núm. 33 .- (16154).- M. R. R. De 37 años. Casada. S. L. Natural de Corrales (Zamora). Menarquia a los 13 años. Tipo de la misma: 13/28. Muy abundante. 7/24 es el tipo que presenta actualmente. Hace un año , notó un abultamiento en la parte anterior del cuello, que no le ha crecido, hasta ahora. Ha engordado. En los años que lleva casada, no ha tenido ningún hijo, ni aborto alguno.

Adenoma tiroideo con hipometabolismo.

Caso núm. 34.- (15868).- M. G. A.. Soltera. 23 años. Natural de Tirreo(Asturias). Sirvienta. Madre tenía bocio. Tiene 6 hermanos. Dos de ellos tienen bocio. Han sido doce hermanos; 6 han muerto y otros dos con bocio. Menarquia a los 14 años. Tipo 3 /28. Amnorreas frecuentes. Oligomenorrea. Siente opresión y ahogo

y ahogo en la garganta. Hace dos meses, notó que se le hinchaba el cuello y aumenta la sintomatología. Anorexia. Disnea de esfuerzo. A consecuencia de la preocupación que tiene con su enfermedad, ha perdido petito y ha perdido 10 Kg. de peso. Es una persona muy nerviosa. Escaso vello axilar y pubiano.

Adenoma tiroideo con cretinismo .

Caso núm. 35 .- (15789). J. M. C. Soltera. Natural de Munera (albacete). Menarquia alas 15 años, Tipo 3/28. Leucorrea. Cara rubicunda. Cansancio. Mucho apetito . Estreñimiento. Ha aumentado mucho de peso. Es de un carácter muy parado. Es muy poco activa. Presenta obesidad de tipo hipofisario. Los miembros muy engrasados . Manos hipogenitales. Vello sexual marcado. Axilas muy escaso. Estrías en el vientre. Estrías blancas e hiperqueratosis de piel en nalgas y muslos. Pesa actualmente 96 Kg.

Adenoma tiroideo con insuficiencia.

Caso núm. 36 .- (19711). M. I. B. D. 31 años. Soltera. Natural de San Esteban de Gormaz (Soria). S. L. Presenta gran retraso morfológico. Caracter muy pacífico de siempre. Presta poca atención a lo que se le dice y se le encarga. Gran memoria retentiva. Muy dormilona. Poco apetito. Muy estreñida. Tiene gran insensibilidad al frío. Poca talla. No se conocen en su familia antecedentes endocrinos. Menarquia a los 16 años. Tipo 2/ 35-40.

Insuficiencia tiroidea. Cretinismo.

Caso núm. 37 .- (15929). M. J. V. E. 47 años. Viuda. Natural de Galisteo (Cáceres). Menarquia a los 11 años. Tipo 5/28. Hace 18 años tuvo un aborto y poco despues un periodo de amenorrea que le duró 6 meses. Desde entonces sigue con alteraciones menstruales

que le han durado 12 años. Poco después queda embarazada sintiendo una mejoría de sus reglas. Presenta cansancio, insomnio, palpitaciones. Sofocos y oleadas de calor que le suben a la cara, temblor en manos y palpitaciones. Malestar general. Desde hace tres años nota un abultamiento de la región anterior del cuello. Ha sido tratada por su hipertiroidismo. Actualmente presenta cansancio, aumento de peso, cambio de voz y cefaleas.

Hipotiroidismo post-tratamiento.

Caso núm. 38.- (15685).- A. B. V. 19 años. Soltera. S. L. Natural de Cañaveruelas (Cuenca). Menarquia a los 18 años Tipo 2/35. Baches amenorreicos de varios meses. Muy gruesa y con muy pocas fuerzas. Muy parada siempre cansada, con cefaleas en región frontal. Vómitos, edemas en las piernas, duerme muy mal. Disnea de esfuerzoy palpitaciones. Miembros acrocianóticos. Vello intersexual en labio superior, brazos y piernas.

Insuficiencia tiroideo - ovárica.

Caso núm. 39.- (15453).- A. A. V. de 18 años. Soltera. Estudiante. Natural de Madrid. Siempre presentó vómitos. Desarrollo mental y somático muy retrasada. Manifestaciones excematosas en todo el cuerpo, sobre todo en región genital. Buen carácter. Adenopatías en el cuello. Acrocianosis en manos. Piel áspera y con folículos prominentes, que raspa como pan duro. Menarquia a los 16 años muy escasa y sólo ha tenido 6 veces la regla.

Insuficiencia tiroidea e hipofisaria. Infantilismo secundario.

Caso núm. 40.- (15443) A. P. L. de 16 años. Soltera. Consul-

ta por retraso corporal. Menarquia hace 8 meses. Tipo 6/29. Muy escasa. Carácter pacífico y de pocas palabras. Poco apetito. Cara lunar pálida con piel como de pergamino. Macroglosia. Piel áspera. Falta de vello axilar y se inicia el sexual. Mamas poco desarrolladas. Piel marmórea.

Insuficiencia tiroidea con infantilismo hipofisario.

Caso núm.- 411-(15255) V. S. M. de 14 años. Soltera. Natural de Madrid. Diagnosticada a los 7 meses de insuficiencia tiroidea. Amigdalitis de repetición. Otitis frecuentes. Pelo seco y piel áspera. Desarrollo mental deficiente. Menarquia a los 14 años. Escasas. Carácter dócil y alegre. Aficionada a la música. Constitución, mongólica. Dentadura con piezas de primera dentición. Lengua escrotal. Soplo sistólico en punta propagado a axila.

Mongolismo e hipotiroidismo y lesión circulatoria congénita.

Caso núm. 42.- (15228) M. M. G. 15 años. Soltera. Natural de Espinosa del Rey (Toledo) Menarquia a los 17 años. Tipo 5/30 Regular. Familia de talla baja. Hace 4 años, cansancio desgana anorexia, cefalea, tendencia al llanto. Ronquera. Siempre ha sido muy parada y friolera. Parece una muchacha de más edad. Bozo en labio superior. Manos hipogenitales. Piernas cortas. Voz grave.

Displasia acondroplásica e hipotiroidismo.

Caso núm. 43.- (15222) M. P. G. 20 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 18 años. Tipo 3/90, que presenta hipertiroidismo. Se le hinchan las manos y los tobillos. Friolera. Sabañones. Sudoración profusa. Gran decaimiento y apatía.

Gran timidez. Desde hace un año. Disnea de esfuerzo, estreñimiento
tol. Acrocianosis. Vello intersexual en brazos. Acné en el rostro
Acrocianosis e insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 44.- (15221) J. F. S. de 14 años. Natural de Fuen-
carral (Madrid). Estudiante. Menarquia a los 12 años. Tipo 2-3/26
Escasa. Retraso en el desarrollo. Torpeza mental. Tics en manos
y cabeza. Muy irritable. Expresión distraída (estúpida). Bozo
en labio superior. Acrocianosis con hipertiroidismo. Discreto
aumento anómalo del tiroides. Abdomen engrasado. Ha aumentado
de peso. Talla 1,48. Peso 54,700.

Adenoma tiroideo. Insuficiencia, debilidad mental.

Caso núm. 45.- (15080). 16 años. Soltera. Natural de Ma-
drid. Menarquia a los 15 años. Tipo 3-4/28. Refiere la enferma
que desde hace 6 meses ha presentado una fase de amenorrea.
coincidiendo esta fecha con una aumento progresivo de volumen
de la porción anterioro del cuello. Se encuentra muy nerviosa.
Ha adelgazado bastante. Se ha vuelto más sensible al frío, y es
muy manifiesto el cambio de su carácter.

Adenoma juvenil con insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 46.- (T. G. L. 43 años. S. L. Natural de Ma-
drid. Menarquia a los 11 años. Tipo 7-8/26-27. Actualmente 2/30
Amenorrea de 2-3 meses. Dos embarazos. Un aborto. Un embarazo con
feto muerto. Antecedentes familiares: Padre : sífilis. 5 hermanos
muertos de meningitis. T. B. C, Cansancio y desgana. Dolores
por todo el cuerpo Producción fácil de equimosis. Friolera. En-
grasada. Piel áspera. Palabra lenta. Tendencia varicosa y ectasia
diseminada por miembros inferiores.

Corazón de plétora.

Insuficiencia tiroidea. Aortitis.

Caso núm. 47.- (15443).- A. R. V. 16 años. Soltera. Escolar Natural de Madrid. Presenta retraso en el desarrollo morfológico y manifestaciones accematosas que se localizan principalmente en región genital. Hace 3 años impétigo. Buen carácter, lenta y tranquila, con poca memoria. Lanugo en el rostro. Piel áspera con folículos prominentes Menarquia a los 16 años, hace un mes. Regla muy escasa.

Ptiriasis bulbar con hipotiroidismo.

Caso núm, 48.- (15167).- A. B. L. de 19 años. Soltera. - Natural de Cuenca. Menarquia a los 17 años, con baches de uno a tres meses. Siempre ha sido muy gruesa y con muy pocas fuerzas - pausada y siempre cansada. Presenta cefaleas frontales de tipo jaquecoide. Edemas. Insomnio. Disnea al menor esfuerzo y palpitaciones. Hirsutismo

Constitución acondroplásica con insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 49.- (15097).- J. C. M. De 20 años. Soltera. - Natural de Menuera (Albacete). Menarquia a los 17 años. Tipo - 2/40. Escasas. Enferma muy gruesa que presenta cansancio, al menor esfuerzo. Es muy parda. En los últimos dos años, ha engordado mucho. Presenta obesidad de tipo hipofisario con chapetas.

Adenoma del tiroides con insuficiencia y obesidad.

Caso núm. 50.- (16343).- M. B. R. de 37 años. Casada. Natu-

ral de Zmora. Menarquia a los 13 años. Tipo 7-/33-35. Abundante. Desde hace un año, presenta edemas, oliguria, aumento del peso - Al mismo tiempo que en región anterior del cuello presentaba un bultito del tamaño de una nuez que no le producía grandes molestias. Sin embargo, a partir de entonces, es más friolera, piel, seca y somnolencia.

Adenoma tiroideo con hipotirodismo.

Caso núm. 51.- (16667).- L. M. L. Natural de Lugo. Menarquia a los 15 años. Tipo 3-4/28-30. Desde hace varios años, presenta ataques que se repiten con insomnio pertinaz y sueños terroíficos. Es muy friolera. Presenta un adenoma del tamaño de una nuez, en el lóbulo central. Cara de luna llena, con piel seca y manchas rojizas.

Bocio nodular con hipofunción.

Caso n'um. 52.- (17059).- A. L. C. de 36 años. Soltera. Costurera. Natural de Madrid. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/25-27 Abundante. Desde hace un año, presenta parestesias engrasamiento piel fría, disnea de esfuerzo, pérdida de memoria, cefaleas y palpitaciones.

Insuficiencia tiroidea con corazón irritable.

Caso núm. 53.- (19177).- A. M. G. De 20 años. Soltera. Natural de Madrid. Retrasada en la memoria. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/20-65.- Muy irregulares y escasas. Desde hace 4 años, presenta edemas y aumento del cuello, cara abotargada, - voa más aguda. Cefaleas. Aumento de peso. Apatía. Clonus emocional. Hormigueo y exoftalmos.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 54.- (19463).- J. P. G. De 49 años. Casada. Natural de Valladolid. S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 2-3/30. - Escasa. Presenta metrorragias desde hace unos días. Edemas de los dedos. Cambio de carácter, que ahora es lento de gestos y habla. Friolera. Muy dormilona. Piel áspera y seca. Caída del pelo.

Insuficiencia tiroidea. Alopecia difusa. Hiperinvolución senil uterina.

Caso núm. 55.- (20448).- A. M. J. De 18 años. Soltera. Natural de Cangas de Narcea (Asturias). Menarquia a los 16 años. Tipo 3/32-34. Presenta cefalea. Aumento de peso. La voz se ha convertido en bronca y con pitidos. Aspecto tranquilo e inmóvil. Cara de luna llena con piel áspera y seca.

Bocio endémico hipofuncionante.

Caso núm. 56.- (20880).- J. T. A. 38 años. Soltera. Sastre. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/28.- Desde hace 16 años, presenta un abultamiento en el cuello del tamaño de una avellana, y actualmente como una nuez. Últimamente ha engordado, se encuentra nerviosa y emotiva. Tos seca, de talla baja y engrasada. Reacciones lentas y tranquilas. Cara redonda; en región anterior del cuello, se palpa bocio del tamaño de una naranja.

Bocio hipotiroideo y engrasamiento.

Caso núm. 57.- (21097).- C. S. A. de 17 años. Soltera. S. L. Natural de Madrid. Tranquila. Estreñida, con vómitos Menarquia a los 14 años. Tipo 3-4/27-34. Escasa. Ataques en los que pierde el conocimiento, mordiéndose la lengua, a veces, expulsando -

saliva. Cara abotargada con piel espesa y vello. Adenomas en cuello como mandarinas. Miembros fríos y secos.

Insuficiencia tiroidea de origen hipofisario con epilepsia y oligofrenia breve. Hirsutismo.

Caso núm. 58.- (21297).- E. M. C. de 36 años. Casada. Natural de Matabuena de la Sierra (Segovia). Menarquia a los 14 años 8/28. Dos embarazos y un aborto. Sofocos. Caída del pelo. Friolera. Cefaleas. Piel áspera y seca palpitaciones y hormigueos.

Hipotiroidismo.

Caso núm. 59.- (21382).- S. G. B. Soltera. de 27 años. Natural de Jaén. No anduvo hasta los tres años; palabra tarda, desarrollo lento. Angustia. Piel suave y fría. Aspecto máxedematoso. Cuello bocioso con tiroides hiperplásico.

Bocio hipofuncional

Caso núm. 60.-, (21790).- L. S. H. De 28 años. Natural de Horteuela de Océn (Guadalajara). S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 3-5/28-30. Muy emotiva. Friolera. Con somnolencia y dormilona. Ha aumentado de peso. Presenta en región anterior del cuello abultamiento nodular.

Bocio nodular hipotiroideo.

Caso núm. 61.- (22054).- M. T. J. L. De 21 años. Soltera Natural de Toledo. Menarquia a los 14 años. Tipo 4-5/30-32. Reglas abundantes y frecuentemente menomterorragias. Retrasada en su desarrollo. Carácter arisco. Con intensa hiperhidrosis palmar. Cara de luna llena.

Insuficiencia tiroidea.

Caso núm. 62.- (21692).- P. P. G. de 24 años. Soltera. Natural de Avila . Menarquia a los 13 años. Tipo 5/22. Desde hace 2 años, presenta bocio notando desde entonces mayor sensibilidad al frío , cansancio y somnolencia. Edemas maleolares. Hipertrichosis en cara , abdomen y miembros. Aumento de peso y poco apetito. Cansancio y astenia.

Bocio nodular endémico con hipertrichosis.

Caso núm. 63.- (22312).- D. G. B. De 36 años. Casada. Natural de Madrid. Menarquia a los 13 años Tipo 3/28. Presenta cuello abultado, sobre todo en lado izquierdo , más desde hace tres años. Aumento del peso. Mal carácter con irritabilidad. Palpitaciones. Cefaleas. Piel áspera y seca. Cara lunar con aspecto mixedematoso.

Insuficiencia tiroidea.

CAPSULAS SUPRARRENALES

ENFERMEDAD DE ADDISON

... 100 casos

Caso núm. 1.- (20148).- M. R. 37 años. Casada, dedicada a tareas domésticas. Ningún antecedente patológico personal a excepción de las enfermedades de la infancia. Vida Genital: Menarquia a los 14 años de tipo 6/25. Oligomenorrea. Sin amenorreas patológicas. Sin dismenorrea; abundante leucorrea. Tres embarazos con vómitos gravídicos los tres primeros meses, concluyéndose a su debido tiempo con buenos partos y puerperios fisiológicos. Lactó a sus tres hijos con buenas crianzas de estos. Un aborto de dos faltas de la última gestación, sin saber la causa. Consulta por disartria, consecutiva a un pequeño ataque con pérdida de conciencia, por astenia muscular, disneas, inapetencia. Diagnóstico: Astenia Constitucional. T. B. C. pulmonar infiltrativa epical izquierda. Afesía nominal. Insuficiencia suprarrenal inicial.

Caso núm. 2.- (14645).- A. S. de 31 años. soltera. Modesta antecedentes personales, sin importancia, a excepción de un fibroma de mama derecha operado a los 19 años. Vida Genital. Menarquia a los 13 años. Bien reglada. 4/28. Moderado flujo amarillento. Dismenorrea moderada con dolor en zonas ováricas. Consulta porque hace 2 años se encuentra asténica, hace 6 meses dolores punzantes en las clavículas pérdida de peso. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 3.- (11-301).- T. R. de 37 años. Casada, marido vive sano. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital

Menarquia a los 16 años de tipo 6/30 con épocas de amenorrea de dos meses de duración; embarazos y partos bien. Tiene tres hijos. Lactancia bien. Consulta porque desde hace un año siente destemplanza y sensación de frío, astenia y pigmentación por cara y pecho, anorexia y adelgazamiento, actualmente amenorrea de 2 meses, sin poder precisar embarazo. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 4.- (9134).- C. L. de 26 años. Casada. Vida Genital: Menarquia a los 12 años. Tipo 27/28. Un aborto gemelar. Segundo embarazo con gran albuminuria, de siete meses de gestación. Enfermedad actual: Desde hace 4 años presenta astenia, anorexia, adelgazamiento, disnea de esfuerzo. Igualmente trastornos digestivos, diarreas, vómitos y oscurecimiento de la piel. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal y anaclorhidia.

Caso núm. 5.- (6211). E. R. de 41 años, casada. No recuerda enfermedades de la infancia ni otra alguna de mayor, no ha padecido catarros, ni anginas. Vida Genital: Menarquia a los 12 años, siempre bien. Ha tenido seis embarazos, terminados normalmente; 3 hijos han muerto en la infancia. Durante el último embarazo o sea hace unos 7 meses, ha padecido de vómitos repetidos, gran malestar y empezó a notar oscurecimiento de la piel, con aparición de lunares en las zonas descubiertas y manchas en los carrillos. Las regiones genitales muy pigmentadas. No tiene astenia. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 6.- (10047).- E. M. de 20 años, soltera. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital.- Menarquia a los 12 años, siempre bien; tipo 3/30; actualmente bien, aunque ligeramente

reica. Consulta por aparición de pigmentación bucal hace un año, acompañada de adelgazamiento y astenia. Hace 4 meses dolores, cólicos abdominales acompañados de diarrea.

Diagnóstico : Enfermedad de Addison.

Caso núm. 7.- (331-10).- T. T. de 27 años. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, siempre bien, igual a la actualidad, 2 hijos que viven; no abortos; embarazos y partos normales; marido sano. Enfermedad actual: Hace tres años comenzaron sus molestias con dolor en epigastrio y trastornos digestivos consistentes en diarrea, vómitos, hipo, anorexia, adelgazamiento y gran astenia. Durante el último embarazo, pigmentación que ha ido en aumento.

Caso núm. 8.- (10686).- C. L. de 39 años, casada. Vida Genital. Menarquia a los 15 años. de tipo 4/24, leucorrea. Tiene tres hijos que viven. Enfermedad actual: Desde hace 7 años aumentó del cuerpo y adelgazó: Dolor en epigastrio. Diagnóstico: Reacción hipertiroides; insuficiencia suprarrenal inicial.

Caso núm. 9.- (12-VII). T. Z. 45 años, Casada. Padre muerto. Tuvo sarampión. Vida Genital: Menarquia a los 15 años, ha tenido 5 hijos, buenos embarazos, uno murió de escarlatina y dos de difteria. Buena lactancia. Dos abortos. Hace 6 meses comenzó a notar pigmentación, adelgazamiento y astenia. Hace 2 meses, vómitos, algún episodio de diarreas, mareos, anorexia. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 10.- (19846). A. H. 20 años, soltera. S. L. Ha tenido enfermedades propias de la infancia. Hace 3 años operada de fi-

sura anal, rinitis y catarros. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 3-4/27-28. Dismenorreica, precisa guardar cama. Leucorrea abundante. No baches amenorreicos. Última regla con retrasos pero de la misma cantidad. Enfermedad actual: Desde hace un mes, consecutivo a ser suspendida en unas oposiciones, empieza a notar cansancio y malestar general. Hace un año traumatismos en hipocondrio derecho. Ha tenido anorexia, astenia y pérdida de peso, diagnosticada de mal de Pott fué tratada. Luego continúan los síntomas.

Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 11.- (12272).- C. C. de 18 años, soltera. Antecedentes personales, sin importancia. Vida genital: Menarquia a los 12 años de tipo 3-4/33-34, sin dismenorrea. Leucorrea. Enfermedad actual: Hace 10 meses, molestias tipo náuseas, intolerancia gástrica, hipo, adelgazamiento, de 10 Kg, astenia muscular profunda, sensación de frío, pigmentación de encías y nudillos. Amenorrea de 2 meses al comienzo que no ha repetido.

Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 12.- (2-1) J. A. 27 años, soltera; asistente. Vida Genital: Menarquia a los 14 años. Tipo 5/28; actualmente amenorrea de 4 años. Dismenorrea. Leucorrea. Enfermedad actual: Desde hace 4 años, dolor en flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda. Dolor intenso irradiado al tórax. Fiebre y tos, sin expectoración. Adelgazamiento de 15 Kg. Astenia. Estrabismo.

Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 13.- (Sala 44-9).- D. R. 28 años, soltera. Antece -

dentes personales: Coxalgia supurativa. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, siempre bien, leucorrea. Enfermedad actual: Desde proceso febril, vómitos matinales, dolores generalizados y obscurecimiento de la piel acentuado en cara y manos. Astenia. Estreñimiento.

Caso núm. 14.- (11-83) P. E. de 35 años, casada. Ocupación S. L. Ha tenido sarampión, gripe, anginas. Vida Genital: Menarquia a los 15 años de tipo 2-3/26. Siempre bien. Leucorrea. Ha tenido cuatro hijos con buenos partos y puerperios. Enfermedad actual: Desde hace 3 años, mareos, disnea de esfuerzo, anorexia, astenia; tos con expectoración mucosa, fiebre de 39°, fué tratada para aparecer de nuevo la sintomatología al año con aumento de pigmentación astenia, inapetencia, adelgazamiento y sudores nocturnos. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 15.- (72-9) M. C. de 25 años, casada. Ha tenido sarampión, ataques calificados de histéricos, sin pérdida de conocimiento pero con trismus y mudez. Vida Genital: Menarquia a los 14 años de tipo 5/28; ahora de tipo 2/28. Leucorrea. Tres hijos - que viven bien. No abortos. Consulta porque hace 4 meses estando embarazada tuvo cuatro o cinco ataques de los anteriormente descritos, duraban poco pero a los 4 o 5 días del parto comenzaron de nuevo los vómitos. Desde el comienzo tiene tendencia a tener - hipo, adelgazamiento, anorexia, astenia y tendencia al bostezo. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 16.- (19041) F. D. de 43 años, casada. Ha tenido sarampión, escarlatina, pleuresía con derrame seroso hace 14 años,

algias, frioleras. Amigdalitis. Vida Genital: Menarquia a los 12 años, de tipo 3/28. Sin amenorreas. Dismenorrea algunos meses sin leuforrea. Dos embarazos a término con buenos partos y puerperios. Dos abortos de los dos últimos embarazos, uno de ellos por caída y otro provocado con sonda por iniciativa de ella de tres faltas. Enfermedad actual: Desde hace un año y medio oscurecimiento de la piel, astenia, anorexia y adelgazamiento, que aumentaba con las impresiones psíquicas, muy sensible. Fue diagnosticada y tratada; tiene a veces crisis abdominales. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 17.- (5982).- F. L. de 37 años, casada. Vida Genital: Menarquia a los 17 años, siempre irregular. Leucorrea. Ha tenido un embarazo, el hijo murió con convulsiones. Enfermedad actual: Después de un cólico abdominal acompañado de vómitos que duraron unos ocho días, empezó a notar oscurecimiento de la piel hasta el aumento que se ha intensificado.

Caso núm. 18.- (6012). M. C. de 22 años. Ha tenido sarampión difteria; dice que tuvo fiebre amarilla en el Brasil, cuando tenía 12 años. Vida Genital: Menarquia a los 19 años muy escasa. Leucorrea. Enfermedad actual: Desde hace un año y medio, empieza a ponerse más morena de lo que era. No se cansa. Aumenta de peso con facilidad. Hace un mes tuvo dolor agudo abdominal con posterior expulsión de parásitos; desde entonces presenta aumento en su pigmentación. Se le hinchan los pies por la tarde. T. A. 9x6. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 19.- (6585). F. R. 36 años. Casada. Vida Genital

Menarquia a los 12 ños. A los 23 se le retiró la regla, teniendo una temporada con tratamiento opoterápico, sin resultado, Leucorrea frecuente. A los 16 años, tuvo durante tres meses metrorragias. No ha tenido hijos ni abortos. Siempre con catarros nasales y digestiones pesadas. Enfermedad actual: Desde hace 2 meses, se inicia un cuadro caracterizado por astenia muscular intensa, grandes dolores lumbares, sensación de frío, cefaleas y una pigmentación de la piel con predominio en zona de roce y descubiertas. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 20.- (7411).- E. M. de 22 años, Soltera . Natural de Madrid. Vida Genital: Menarquia a los 17 años. Ligera dismenorrea. Enfermedad actual: Hace 3 años y a raíz de un susto motivado por un atraco, aparece pigmentación de la piel. No ha tenido ni trastornos gastrointestinales. En la actualidad ha disminuido la pigmentación.

Caso núm. 21.- (10207).- E. M. de 24 años, casada hace solo ocho meses. Natural de Madrid. Fué apendicectomizada hace 2 años. Vida Genital. - Menarquia a los 14 años, de tipo 5/28 hasta el matrimonio, luego ha sido de tipo 5/15. Dismenorrea. Leucorrea. Enfermedad actual: Desde hace tres meses, dolor en fosa iliaca derecha, irradiado a epigastrio ; sensación de bolo retroesternal. Cefalea en nuca y frontal. Anorexia, disnea de esfuerzo, estreñimiento y palpitaciones. Diagnóstico: Peritífilitis e Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 22.- (274-16). N. O. de 33 años, natural de Albacete. Casada. En los antecedentes personales, podemos señalar varice

la y sarampión. Pleuresía doble a los 26 años. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 3-4/31, con algunos adelantos de dos o tres días. Dismenorrea y reglas molestas. Este invierno la tenía cada 15 días, al principio muy oscura y luego con aspecto de pus, aunque escaso (leucorrea) con fuertes dolores. Hace un mes regla - de aspecto normal y duración de 3 días: Ha tenido 2 hijos llevando buenos embarazos, con parto a término. Enfermedad actual: Hace un año historia digestiva con pesadez estomacal, anorexia, luego edema de pies, piernas y párpados, cefaleas fué tratada con Doca y mejoró. Actualmente, astenia, adelgazamiento de 10 Kg. hipo, mareos, sed, artralgias, nicturia y poliuria.

Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 23.- (232-16) L. M. de 33 años, y natural de Madrid. Ha teido de pequeña afecciones pulmonares. Vida Genital: Menarquia a los 18 años de tipo 1/30. Leucorrea abundante y de mal olor. Hace 13 años amenorrea. No molestias. Tuvo un aborto de tres meses de manera brusca. Enfermedad actual: Desde hace 4 meses, vómitos biliáceos y luego dolor lancinante en región lumbar, irradiada a - piernas izquierda. Tratada por clínica poca mejoría. Luego astenia y oscurecimiento de la piel, anorexia y vómitos dolor en la articulación del hombro.

Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 24.- (5209).- T. G. de 33 años. Casada. Se observa enorme oscurecimiento de la piel sin mayores molestias.

Caso núm. 25.- (10245).- I. P. de 28 años, casada. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital: Menarquia a los 16 años, de tipo 4/28. Leucorrea y desde hace 6 años dismenorrea. Tu

vo un hijo que nació muerto. Actualmente embarazada. Enfermedad actual: A raíz de un susto en el que tuvo pérdida de conocimiento durante cinco minutos tiene una amenorrea de dos meses, para presentarse desde entonces dismenorreas intensas acompañadas de vómitos y cefaleas. Adelgazamiento y pigmentación. Esta se observa en la exploración donde se comporta de una forma addisoniana.

Caso núm. 26.- (10008) M. P. de 37 años y natural de Madrid. Antecedentes personales: diplopia hace un año que duró 4 días. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, de tipo 6-8/32-35. Ha tenido dos hijos que viven. Enfermedad actual: Desde hace 4 meses presenta el cuadro siguiente: Astenia, anorexia, vómitos, hipo, adelgazamiento y oscurecimiento de la piel. Tiene tendencia al estreñimiento. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 27.- (8-17) L. G. de 20 años. Soltera. Natural de Madrid. Ha tenido amigdalitis de repetición. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 8/15, fue tratada y desde entonces sigue el tipo 2/28 en cantidad escasa; nunca episodios amenorreicos. No dismenorrea. Leucorreas. Enfermedad actual: No recuerda cuándo cambió de color; siempre fue morena. Desde hace pocos días anorexia, tendencia al bostezo, astenia, constipación y edema de los tobillos. Diagnóstico. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 28.- (10469).- A. M. de 21 años, soltera. Antecedentes personales sin importancia. Vida Genital: Menarquia a los 14 años de tipo 4/30 sin molestias y regular. Enfermedad actual: Desde proceso febril, adelgazamiento y anorexia. Pigmentación de la piel y mucosa. No astenia. Es muy estreñida. Hace 15 días tuvo una neumopatía aguda febril.

Caso núm. 29.- (18436). M. C. de 17 años, soltera natural de Madrid, Antecedentes familiares sin importancia. Ha tenido sarampión, tosferina, adenopatías en pulmón izquierdo a los 22 meses con fiebre y vómitos. Zmigdalectomía a los 6 años. Vida Genital: Menarquia a los 12 años de tipo 4/28, escasa. Dismenorrea intensa el primero y segundo días con dolor hipogástrico que desciende a ingles y muslos y se irradia a la espalda con dolores de cabeza en frente y sienes. Molestias en los ojos, mareos y náuseas. Enfermedad actual: Hace 11 meses dolor en fosa iliaca derecha, vómitos y diagnosticada de apendicitis tenía leucocitosis normal y no se operó. Tiene además pigmentación mas todo el síndrome de insuficiencia suprarrenal. Al informe ginecológico presenta útero hipoplásico y desviado a la izquierda. Anexos engrosados y dolorosos.

Caso núm. 30.- (19178) C. C. de 12 años y natural de Madrid. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital sin iniciarse. Presenta pigmentación addisoniana con cifras de 17 cetosteroides 1,51 hasta 5.60 mgs. a las 24 horas. Reingresa cinco años más tarde. La menarquia se presentó a los 13 años de tipo 8/30. Sin dismenorrea. 17 K. Sin leucorrea. No tiene vello axilar y escaso vello pubiano. 5.09mgs. en 24 horas. Constitución asténica, hipoplásica baja estatura y retraso morfológico. Conformación de mamas normales.

Caso núm. 31.- (18585) M. C. de 29 años, casada y natural de Madrid. Ella ha tenido las enfermedades propias de la infancia. Hace 9 años infección intestinal que duró 21 días. Vida Genital: Menarquia a los 12 años de tipo 8/28 y después de ser tratada con hormonas 5/28. Siempre abundante. Sin dismenorrea. Escasa leuco--

rra. Tres embarazos a término con buenos partos salvo uno que fué lento. No abortos. Enfermedad actual: Desde hace unos meses, nota oscurecimiento de la piel y mucosas. Aorexia, adelgazamiento e inapetencia. A la exploración se observa biotipo I - II. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 32.- (8119). A. C. de 22 años, soltera y natural de Madrid. Vida Genital: Menarquia a los 15 años de tipo 3/28, ba che amorreico de 18 meses para aparecer una menstruación escasa de pocas horas y desaparecer hasta la actualidad. Consulta por astenia y malestar general; cefaleas y trastornos digestivos con dolor en el epigastrio. Al mismotiempo le apareció pigmentación en la piel. Ha tenido cuadros agudos peritoneales. Ala exploración a excepción de dolor a la palpación en vientre no se encuentra nada que reseñar. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 33 .- (304-14) M. P. de 45 años, casada y natural de Madrid. Ha tenido sarampión, anginas y artralgiás. Consulta por astenia y pigmentación. Vida Genital.-Menarquia a los 12 años de tipo 3-4/28 regular. Leucorrea. Menopausia precoz a los 40 años con cefaleas. Nunca ha estado embarazada. A la exploración se observa melodermia de características addisonianas. Disnea de decúbito. Diagnóstico: Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia suprarrenal

Caso núm. 34.- (13345) M. R. de 39 años, casada. Antecedentes personales sin importancia. Vida Genital. Menarquia a los 15 años de tipo 7-8/24-25. Desde hace algunos años es de tipo 1-2/24-25. Algunas veces dismenorrea. De soltera tuvo una hija que murió a los tres días de nacer por parto prematuro provocado. Tenía 26 años Un aborto de 40 días hace siete años que son los que lleva casada.

Esposo sano. Consulta por pigmentación. Tiene carácter viril de vello facial. Al exámen ginecológico, nada anormal.

Caso núm. 35.- (21165) R. M. de 40 años, casada y natural de Madrid. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 4-5/30 Sin amenorrea. No leucorrea. Casó a los 21 años. Tuvo un embarazo fisiológico con buen parto - y puerperio. Lactó a su hija con buena crianza de la niña durante dos años. No abortos. Es de constitución asténica, y de extraordinaria femi idd, vello axi.ar raro. Senos gruesos. Vello pubiano, de implantación horizontal abundante. 17 cetoesteroides, son de 3.23 y de 5.22 mgd. en 24 horas.

Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm 36.- /13150) A. M. de 21 años, soltera. Los padres viven. Vida Genital. Menarquia a los 14 años. Proiomaorrea. Desde hace 3 años, tiene ataques con aura sensitiva y con pérdida del sensorio con ataques tónicos y clónicos. A los 18 años, fué apendicectomizada. Desde hace cuatro años, tiene profunda astenia y ha perdido 10Kg. de peso. Tiene mucha tos. Hipo, vómitos y estreñimiento. Es muy emotiva. Es una enferma de biotipo II, desnutrida y con temblor de manos. Diagnóstico: Síndrome hiperclórrhídrico. Epilepsia. Insuficiencia suprarrenal inicial.

Caso núm. 37.- (12199) H. N. de 34 años, soltera y natural de Madrid. Ha tenido úlceras en los ojos a los tres meses. Amigdalitis. Catarros. Consulta por esto último. Vida Genital: Menarquia a los 15 años de tipo 4/23. Dismenorrea. Leucorrea. Fué ovariectomizada. Es de constitución asténica. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal, Inicial.

Caso núm. 38.- (11393) C. A. de 23 años, casada y natural de Madrid. Ha tenido sarampión, tosferina, escarlatina. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 5/20. Dismenorrea. Leucorrea. En la actualidad gestación de cuatro meses. Desde hace 2 meses pequeño mal sin pérdida de conocimiento. Cefaleas, vomitos reberdes, sin pérdida de peso. Lugo adelgazó. Es estreñida. Enferma de biotipo II Colémica, pigmentada y con pequeñas lunares en la cara y lóbulo de la oreja. Pulmón bine. Diagnóstico: Mal comicial. Insuficiencia suprarrenal. Gestación de 4 meses.

Caso núm. 39.- 13271) P. B. de 30 años, casada natural de Cáceres. Bronquitis hace 4 años que duró 4 meses. Artralgias amigdalitis. Dolor en flanco izquierdo. Vida Genital: Menarquia a los 15 años de tipo 4/27. Intensa dismenorrea. Leucorrea. Tiene dos hijos nacidos de buenos embarazos y partos. Tres abortos. Enfermedad actual: Desde hace cuatro años presenta adelgazamiento, i napetencia, nerviosidad. Respiración nasal defectuosa. Cefaleas y estreñimiento, Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 40.- 10733) M. L. de 28 años, casada, natural de Madrid. Ha tenido sarampión. Amigdalitis, catarros. Hace 9 meses absceso en antebrazo derecho que se abrió, sin fiebre. Inapetente de toda la vida. Vida Genital: Menarquia a los 16 años, de tipo 4/15-30. Sin dismenorrea. Leucorrea. Ha tenido tres hijos de buenos embarazos y partos. Un hijo muerto de meningitis. No abortos. Esposo sano. A la exploración presenta pigmentación y lunares disseminados característicos. Diagnóstico: Osteitis fémica de cúbito derecho. Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 41.- (371-9) R. R. de 24 años. Soltera. Natural de Valladolid. Ha tenido sarampión y amigdalitis a los 24 años. Vida Genital.- Menarquia a los 13 años. Irregular. Dismenorrea. Desde hace un año comienza a pigmentarse y presenta mareos y astenia. Hipo, cefalea, inapetencia, es una enferma de tipo II, pigmentaban especialmente los labios, mucosa bucal, aureolas mamarias. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 42.- (20703) J. F. de 26 años, soltera, natural de Córdoba. Antecedentes personales: Tuvo a los 4 años amigdalitis. A los 20 forunculosis en los muslos, durante siete meses. Siempre ha tenido buena salud. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 3/28. Sin Dismenorrea. A los 15 años, bache amenorreico de cinco meses de duración atribuyéndose a una fuerte emoción. Al cabo de este tiempo volvió a presentarse normalmente no habiendo ningún otro bache. En la actualidad y desde hace una temporada de un año, polimenorrea marcada con gran tendencia metrorrágica durando unos 8 días. Tomó Cynergeno con cierta frecuencia. Tensión premenstrual ligera leucorrea. Tiene escaso vello axilar. Enfermedad actual: Desde hace 7 meses, astenia, náuseas y vómitos. Luego anorexia y comienza a pigmentarse. Hipo, adelgazamiento. No fiebre. A la exploración biotipo II. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 43.- (20757) A. M. de 24 años, soltera, natural de Alicante. Ha tenido sarampión, tosferina, amigdalitis hasta los 8 años que fué operada. Vida Genital: Menarquia a los 13 años. de tipo 3/26-27 sin amenorreas patológicas. Reglas en cantidad normal. Ligera dismenorrea. Leucorrea. Senos bien formados, sin estar pig-

pigmentada la aureola. Espesa mata de vellomen ambas axilas. Denso vello pubiano de implantación horizontal. Hace 10 meses después de trauma psíquico empieza la astenia muscular junto con inapetencia y adelgazamiento. Pigmentación de la piel. Al diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 44.- (107-20). M. G. de 39 años, casada. Ha tenido saramión, tosferina, catarros. Hace 8 años operación ginecológica por metrorragias. Hace 3 años tiene dolor epigástrico y del hipocondrio derecho con irradiación a fosa iliaca del mismo lado. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, de tipo 5-6/24-28. Actualmente hipomenorreica. Leucorrea. No ha tenido hijos. Consulta por pigmentación desde hace 9 meses, seguida de cansancio y anorexia. Lumbalgia. Sensación de frío. A la exploración se encuentra pigmentación addisoniana. Boca séptica. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 45.- (20610). A. R. de 37 años. casada natural de Córdoba. Ha tenido paludismo a los 14 años que curó al mes de ser tratada. Saramión. Vida Genital: Menarquia a los 13 años. de tipo 3/30. Sin dismenorrea. Leucorrea. Casó a los 26 años. A los 4 años de matrimonio tuvo amenorreicos de dos y tres faltas alternando con meses de normalidad. Siempre tendencia a los sofocos. La constitución es asténica hipoplásica. Tiene senos juveniles. El vello axilar es muy escaso. El pubiano es normal, de implantación horizontal. Enfermedad actual: Desde hace 5 años, lumbalgia, con astenia, anorexia y adelgazamiento. Se ha pigmentado su piel. Anemia. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal . Anemia.

Cso núm. 46.- (6618) A. E. de 29 años. Casada. Tiene un hijo . Ha tenido viruela. Vida Genital. Menarquia a los 12 años. Siempre bien. Desde hace 2 años, nota oscurecimiento de la piel y des-

de hace 9 meses astenia muscular, disnea de esfuerzo, es estreñida y ha perdido peso, 6 Kg. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 47.- (14190) F. A. de 46 años. Casada a los 38 años. Ha tenido sarampión y otitis frecuentes. Reumatismo. Ataques comiciales desde los 17 años. Vida Genital: Menarquia am los 17 años, de tipo 3/30, atrasada, escasa, la trataron antes de la menstruación. Enfermedad actual: Pigmentación malestar gástrico. Lumbalgia Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal. Epilepsia.

Caso núm. 48.- 22364) D. C. de 33 años, casada y natural de Ciudad Real. Ha tenido sarampión, fiebre tifoidea a los 14 años. Desde los 20 , proceso catarral, especialmente durante los inviernos. Vida Genital: Menarquia a los 18 años de tipo 5/26. Sin amenorrea. Hipermenorrea. Dismenorrea. Leucorrea. Caó a los 20 años. Ha tenido 4 hijos normalmente. No abortos. Enfermedad actual: Viene siendo observada por su asma desde hace tiempo, y desde hace un año, astenia e inapetencia. Hipo no ha tenido. Peso estable. Siempre ha sido morena aunque su pigmentación tiene ahora un carácter significativo. Diagnóstico: Asma bronquial ~~Enfermedad~~ de Addison.

Caso núm 49,- (22214) M. H. de 47 años, soltera y natural de Guipúzcoa. Sarampión. Hipertermia a los 25 años. Lumbago. Vida Genital. Menarquia a los 14 años tipo 3/33. Una sola amenorrea. Enfermedad actual: Desde hace dos años pigmentación de la piel. Anorexia, adelgazamiento y astenia muscular. Sigue tratamiento con corticales y testoviron, se hace hipertrichósica y su normalidad y perder el vello incluso el del pubis y el de las axilas , que son lampiñas. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 50.- (486-22) V. V. de 35 años, soltera. Natural de Jaén. Antecedentes personales, Sarampión a los 5 años. Angiodelitis a los 9 fué operada. A los 33 fiebre de Malta, que tardó 6 meses en curar. Vida Genital. - Menarquia a los 16 años tipo dudoso. Siempre con alteraciones. Dismenorrea intensa. Leucorrea. Enfermedad actual: Después de la infección por brucellas nora gran astenia y pigmenación de la piel. Trastornos gátricos. Adelgazamiento inapetencia Gusto por los alimentos salados. Enfermedad Addison.

Caso núm. 51.- (19808) A G. 34 años. Casada. Antecedentes personales. Sarampión, toserina, pleuresía a los 22 años. Tratada y curada. Vida Genital: Menarquia a los 11 años, tipo 3-4/30, dismenorrea intensa y sensación de malestar general, fuardando cana. No baches amenorreicos, ni abortos. matrimonio estéril. Actualmente regla según tipo 4-5/40-45. Consulta por astenia y pigmentación de rostro, manos que se ha acentuado desde hace 7 meses a raíz de trauma psíquico. Enfermedad de Adisen. Una carta del marido 4 meses más tarde, relata las menstruaciones que son muy molestas y 3 meses después se inicia a amenorrea definitiva. 17 K: 3.64 - 2.78 y 3.71 mgd. en 24 horas en tres ocasiones.

Caso núm 52.- (10967) M. F. de 28 años. soltera, niñera. Antecedentes personales: Nada espeial. Vida Genital. - Menarquia a los 15 años tipo 4/30-32. En una ocasión amenorrea. Ligera Lacorrea. Consulta por aparición desde hace 1 año depigmentación, adelgazamiento, aparición de anorexia. Peridó 14 Kg. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 53 .- (6147) M. C. de 15 años, soltera. Antecedentes personas: Sarampión y alguna vez anginas. Vida genital Menarquia en las actualidad, sin iniciarse. Astnia. Inapetencia, oscure

cimiento de la piel. Gran adelgazamiento. Tensión 8x6. Diagnóstico Enfermedad de Addison.

Caso núm. 54.- (12358) M. M. 40 años. Casada. Sarampión y "fiebre gástrica" que duraron más de un mes. A los 17 años. Vida Genital: Menarquia a los 13 años tipo 4-5/26-27. No dismenorrea. Leucorrea. Cinco embarazos y partos normales, un hijo murió a los 6 meses de bronquitis. Los demás bien. No abortos. Consulta por astenia muscular con discreta disnea de esfuerzo y algias cambiantes desde hace tres años. Diagnóstico Insuficiencia suprarrenal constitucional.

Caso núm. 55.- (407-13). F. M. de 24 años, soltera. Antecedentes personales: Sarampión, desde los 18 años, cabarros frecuentes hace 7 años, paludismo. Vida Genital: Menarquia a los 12 años de tipo 2-3/28, sin molestias, muy regular y no muy abundante, no ha tenido alteraciones que suelen presentarse a veces, hasta hace dos meses que no ha tenido la menstruación. La sintomatología actual comenzó hace 6 meses, con astenia progresiva, anorexia y adelgazamiento de 14 Kg. tenía fiebres de pocas déimas vespertinas.

Caso núm. 56.- (179-10). L. L. de 18 años. soltera. Tuvo bronquitis a los 20 meses, escarlatina, sarampión, erisipela a los 16 años. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, muy irregular con fases de amenorrea. En la actualidad amenorrea de tres meses. Desde hace un año gran pigmentación preferentemente en cara, adelgazamiento de 5 Kg. , gran astenia, anorexia y crisis de hipo. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 57.- (20437).- D. L. de 44 años. Casada. Ha tenido

sarampión, amigdalitis, tosferina, y varicela. Vida Genital: Menarquia a los 11 años de tipo 3/28, con oligomenorrea habitual. No dismenorrea, no leucorrea. Sin amenorreas patológicas. Se casó a los 26 años. No dispareunia. No astenia post-coitum. Tres embarazos fisiológicos con buenos partos y puerperios. Mastitis en la primera gestación por lo cual no pudo lactar al primogénito. Pudo criar a los otros dos con abundante leche por espacio de dos años con excelente lactancia. Ha tenido un aborto del tercer embarazo. A los 38 años se inician precozmente trastornos menopáusicos teniendo amenorreas que desaparecían durante los veranos cuando estaba en alguna playa a estas amenorreas que desaparecían, se añadían sofocos y tendencia al engrasamiento hasta instalarse el climaterio a los 41 años, desapareciendo el engrasamiento que se transformó en adelgazamiento. Consulta por vómitos, fiebre, crisis abdominales y comienzo de pigmentación, profunda astenia corporal, -- anorexia y adelgazamiento; observándose así mismo que el escaso vello axilar que anteriormente tenía, desapareció por completo y el pubiano casi del todo. Diagnóstico. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 58.- (10506).- B. P. de 32 años. Antecedentes personales, sin importancia. Casada. Vida Genital: Menarquia a los 16 años de tipo 3-4/28, ahora gran dismenorrea. Leucorrea; espesa; sano; no ha tenido embarazos; lleva dos años casada. Enfermedad actual: Hace dos años astenia, náuseas, ligero estreñimiento. Dolor en fosa iliaca izquierda, crisis de hipo; adelgazamiento de 8 Kg. en dos años. Clonus emotivo. Diagnóstico. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 59.- (12310) C. C. de 26 años, soltera. Licenciada en Filosofía y Letras. Antecedentes personales, sin importan-

cia. Vida Genital.--Menarquia a los 14 años, de tipo 3/29. Dismenorrea con dolor en fosa iliaca derecha, intenso. Leucorrea. Enfermedad actual: Hace un año y medio molestias de tipo hiperclorhídrico. Hace un año dolor lumbar. Desde entonces, adelgazamiento de 8 Kg.--inapetencia; hipo y astenia. Disnea de esfuerzo con palpitaciones. Mareos postulares. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 60.- M. P. de 38 años, viuda. Ha tenido tosferina durante cuatro meses, sarampión y difteria. A los 18 años dolor en costado derecho, con fiebre alta, dice que fué pleuresía. Hace 3 años paresia de ambas extremidades. Vida Genital: Menarquia a los 10 años de tipo 3-4/28. Casada a los 28 años. Dos embarazos con partos normales. Desde hace 4 años, dismenorrea con metrorragia de tipo 7/15. Enfermedad actual: Astenia, pigmentación, dolor en la séptima apófisis cervical irradiada a omóplato derecho. Tiene fibroma, Leucorrea. Ha perdido 26 Kg. en tres meses. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 61.- (11-231) J. M. de 26 años, casada trabajadora del campo. Vida Genital: Menarquia a los 15 años, de tipo 4-5/28 bien. Ha tenido un hijo que murió en el parto. Un aborto de cuatro meses. Enfermedad actual: Desde hace un año y encontrándose bien, anorexia, astenia, adelgazamiento de 10 Kg. y pigmentación de la piel.

Caso núm. 62.- (Sala 44, cama 14) M. R. de 37 años, soltera. Antecedentes personales: Ha tenido sarampión, tosferina, a los 9 años luxación congénita en la cadera. Operada de quiste ovárico hace seis años. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, sin ninguna

molestia. Leucorrea. Enfermedad actual: Desde hace 9 meses, astenia adelgazamiento de 9 Kg. , anorexia y vómitos. Diagnóstico: Enfermedad de Addison. Fallece. Necropsia: Persistencia de Timo. T. B. C. suprarrenal.

Caso núm. 63.- (19895) R. R. de 33 años, casada. Vida Genital Menarquia a los 14 años, de tipo 4-5/28 abundante. Leucorrea amarillorrosa. Ha tenido dos embarazos, el primero bien, con parto fisiológico. En el segundo dice haber padecido fiebre de Malta; lo soportó muy mal y la niña nació de 7 meses, muriendo al poco rato. A los dos meses tuvo unas gotas de sangre como periodo para luego amenorrea hasta la actualidad. Prurito genital. Enfermedad actual: Desde los 22 años historia de mal de Pott vertebral, con aplastamiento, teniendo grandes dolores, cojera; después y con motivo de unas anginas, nota oscurecimiento de la piel, siendo tratada con penicilina, mejorando para tener luego nueva recaída con pigmentación astenia, etc...

Caso núm. 64.- (3765).- J. M. de 40 años, casada. Ha tenido tifoideas a los 15 años. Vida Genital: Menarquia a los 14 años. Ha tenido cinco embarazos con partos normales. Actualmente amenorrea de dos meses. Enfermedad actual: Sensación de astenia que se ha recrudecido desde hace un mes. Pigmentación de manos, cara y mucosas. Pulso 120

Caso núm. 65.- (6442) I. F. de 37 años. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital Menarquia a los 15 años. Menopausia en la actualidad. Ha tenido un embarazo hace 20 años. Enfermedad actual: Comienza síndrome suprarrenal con cambio de color de piel que se ha tornado más oscura, acompañada de astenia muscu-

lar, anorexia y adelgazamiento considerable. Presenta cefaleas. T. A. Máxima de 6 , mínima no se encuentra. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 66.- (6547)M. O. 40 años, casada, natural de Asturias. Ha tenido sarampión, neumonía a los 26 años, escoliosis a los 22, tratada con reposo en cama durante 1 año. Ha tenido tres embarazos; un hijo murió de neñritis y otro de hipertrofia cardíaca. Enfermedad actual: Desde hace un año astenia, muscular, con inapetencia y pérdida de peso, oscurecimiento de la piel. La diagnostican: Insuficiencia suprarrenal T. A. 9 x 7.

Caso núm, 67.- (7712) O. S. de 58 años, casada. Ha tenido sarampión y esfarlatina. Vida Genital: Menarquia a los 17 años. Bien reglada. Menopausia a los 52 años y desde entonces sofocos y sudores. Consulta porque desde hace 18 meses, ha aparecido pigmentación de la piel acompañada de astenia muscular, inapetencia y adelgazamiento, su carácter se ha tornado muy triste. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 68.- (16652) C. A. de 44 años, casada y natural de Madrid. Tuvo ictericia hace cinco años. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 3-4/28 sin dismenorrea. A los 17 años, tuvo un bache amenorreico que le duró casi dos años. Desde entonces siempre se ha presentado de manera irregular, con intensa dismenorrea. Son frecuentes los baches o bien se presenta la regla cada 15 días. Casada a los 28 años, no ha tenido ni hijos ni abortos. Enfermedad actual: Siempre delicada, hace unos diez meses comienzo de pigmentación con astenia muscular, anorexia y adelgazamiento y sudores nocturnos. Ligera disnea de esfuerzo; cefaleas frecuentes.

Dolor en región renal más en el lado izquierdo . Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 69.- (327-16) V. R. de 50 años viuda y natural de Burgos. La enferma está postrada y el interrogatorio se hace a los familiares. Ha tenido un aborto. Enfermedad actual: Hace un años se inicia el síndrome de insuficiencia suprarrenal. T. A. 9 x 6. La enferma fallece al día siguiente de ingresar.

Caso núm. 70.- (11472) L. G. de 33 años, casada y natural de Guadalajara. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital Menarquia a los 17 años, de tipo 4/28. Dismenorrea y leucorrea. Tiene un hijo nacido de embarazo, parto fisiológico. Un aborto. Enfermedad actual: Hace 3 meses molestias digestivas, flatulencia, eructos y algunos vómitos. Estreñimiento, adelgazamiento y pérdida del apetito ligera astenia. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 71.- (10365) E. M. de 22 años, casada y natural de Madrid. Antecedentes personales, sin importancia. Vida Genital: Menarquia a los 14 años tipo 2/40. Regla escasa con periodos de amenorrea de 4 meses. Enfermedad actual: Hace 6 meses después de buena gestación tuvo un niño que murió a los dos meses, ignorando la causa. No lo pudo criar. Un mes antes estuvo con infección intestinal. Hinchazón de piernas. Mucha astenia y febrícula. Ha quedado débil, adelgazamiento de 30 Kg. en un año. Diagnóstico: Enfermedad de Addison. Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 72.- (18693) C. O. de 43 años, casada hace 16 años Siempre ha sido débil e inapetente. Hace 7 años, colecistitis. Vida

Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 2/25, escasa. Ligera dismenorrea. Leucorrea abundante. Sin episodios amenorreicos pero su regla tiene tendencia a disminuir. Tres embarazos sin alteraciones a término con buenos partos. No abortos. Estado actual: Profunda astenia, inapetencia, sed. Adelgazamiento y oscurecimiento de la piel, hipo, diarrea y sensación de frío. No crió a sus hijos.

Caso núm. 73.- (7899) F. S. de 33 años, casada a los 27. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, bien reglada. Ha tenido dos hijos. Un aborto. Ultimo embarazo a los 29 años. Amenorrea de dos meses. Presenta astenia muscular, ligera disnea de esfuerzo, adelgazamiento, sensación de frío, tendencia al estreñimiento y un notable oscurecimiento de la piel. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 74.- (18663) L. G. de 20 años, soltera, y natural de Madrid. Ha tenido amigdalitis de repetición. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 8/15. Fué tratada y desde entonces sigue el tipo 2/28 en cantidad escasa; nunca episodios amenorreicos. No dismenorreas. Leucorreas. Enfermedad actual: No recuerda cuándo cambió de color; siempre fué morena. Desde hace unos pocos días - anorexia, tendencia al bostezo, astenia, constipación y edema de los botillos. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 75.- (6310) D. S. de 47 años, Antecedentes personales, sin importancia. Siempre bien, a los 18 años, se le retiró definitivamente. Presenta leucorrea. Estado actual: Desde hace 18 años, neumopatías repetidas presentando en la actualidad tendencia a adelgazar y astenia muscular más oscurecimiento de la piel. T. A. 9 x 45. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 76.- (91-18)P. D. 44 años, viuda. Ha tenido tifoideas, jaquecas. Durante dos de sus embarazos ha tenido amago de cólicos nefríticos. Vida Genital Menarquia a los 12 años de tipo 4-5/28-30. Casada a los 19 años. Ha tenido cuatro embarazos con partos lentos y difíciles. Cuatro abortos de cuatro y siete meses. Menopausia precoz a los 36 años sin molestias. Enfermedad actual: Desde hace cuatro o tres años, se inicia el síndrome suprarrenal con oscurecimiento de la piel acompañada de astenia adelgazamiento y anorexia. La exploración, de acuerdo.

Caso núm. 77.- (18391) C. R. 31 años, casada, natural de Burgos. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, tipo 5-6/27, normal. Ha tenido 2 embarazos con partos normales, puerperios apiréticos. Último parto hace 2 años. Presenta delgadez, neurodermitis, nerviosismo, temblor y anorexia. Exploración: se encuentra ligera pigmentación tipo II. Regular nutrición. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal inicial.

Caso núm. 78.- (18247) E. D. de 32 años, soltera natural de Cáceres. Entre los antecedentes personales: Ha tenido enfermedades propias de la infancia. Vida Genital: Menarquia a los 13 años de tipo 5-6/28-30. No ha tenido baches amenorreicos. Estado actual: Anorexia, trastornos digestivos, adelgazamiento y astenia muscular al mismo tiempo que pierde peso y presenta pigmentación en la piel.

Caso núm. 79.- (18051) A. B. de 30 años, casada y natural de Madrid. Ha tenido nefritis a los 8 años. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, tipo 3/30, regular. Después de casada Oligomenorrea y dismenorrea. Ha tenido dos hijos con embarazos y partos normales.

No abortos. Estado actual: Desde hace algún tiempo presenta cefaleas y trastornos digestivos del tipo gastralgia y mareos, anorexia y astenia, al mismo tiempo ha notado coloración en la piel. Es una enferma de constitución I-II pigmentada. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 80.- (17678)P. M. 29 años, viuda desde hace 4. Vida Genital: Menarquia a los 13 años. Tipo 4-5/22-24, en cantidad escasa. Sin baches amenorreicos. Apenas una rara amenorrea de tarde en tarde. Leucorrea. Un buen embarazo con parto fisiológico. No abortos. Consulta porque después de una pena le comienza el oscurecimiento de la piel, al mismo tiempo que crisis gástricas y de vez en cuando hipo. Disnea de esfuerzo. Presenta buen desarrollo mamario. El vello axilar es normal y el pubiano también y de implantación horizontal. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 81.- (12505)F. M. de 36 años, natural de Madrid. Ha tenido amigdalitis de repetición. Vida Genital: Menarquia a los 12 años tipo 4-5/25-26, que desde hace 2 años es escasa. Leucorrea. Ha tenido malos embarazos, Un aborto de dos meses. Enfermedad actual: Desde hace 4 años, dolores cambiantes en espalda y vientre, aumentan con reposo. Cefaleas frontal y tos con expectoración verdosa. Adelgaza y estreñida. A la exploración tipo asténico, pigmentada y con lentigos en la oreja. Diagnóstico: Astenia constitucional, Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 82.- (12072)F. H. 26 años, casada, natural de Jaén. Ha tenido sarampión los dos años. Paludismo a los 3, 11 meses. Catarras con esputos hemoptoicos de 15 días de duración. Traumatismo

en hemitórax derecho a los 6 años. A los 19, operada de mamas.

Vida Genital Menarquia a los 13 años. Tipo 6/30 de soltera y de tipo 3/40 de casada. Dismenorrea. Leucorrea. Tiene un hijo que vive. Dos abortos de sus dos primeros embarazos de 3 y 4 meses. ~~Enferme-~~dad actual: Al mes de dar a luz, hace 5 meses, tuvo un cólico hepático, sin ictericia. Desde entonces tiene vómitos y dolores en flanco derecho. Desde hace un mes y medio, ha comenzado a pigmentarse su piel y al mismo tiempo astenia, astenia, anorexia y adelgazamiento. Cefalea frontal. Diagnóstico. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 83.- (10985). C. H. 33 años, soltera, natural de Segovia. Ha tenido sarampión, escarlatina, catarros frecuentes. Dolores en epigastrio. Vida Genital: Menarquia a los 15 años de tipo 3/23-24, escasa. Dismenorrea. Leucorrea. Consulta porque hace 2 años tiene dolores por epigastrio, adelgazamiento. Se ha pigmentado su cara y boca. Tiene vómitos. No astenia. Presenta a la exploración un color pardo triste con pigmentación en oreja y mucosa bucal, pequeños lunares diseminados por el rostro. Pulmón bien. Diagnóstico : Enfermedad de Addison.

Caso núm. 84.- (180-20) M. L. de 40 años, casada, natural de Guadalajara. Ha tenido sarampión. Hace 3 años pleuritis. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 2/28-30. Hipomenorrea. No ha tenido embarazos. Marido sano. Consulta por pigmentación desde hace dos meses. Adelgazamiento, anorexia y astenia muscular. Vómitos y náuseas. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 85.- (13396) G. F. , 21 años, soltera, natural de León. Ha tenido amigdalitis, tosferina. A los 20 años, infección

intestinal que duró 7 meses. Vida Genital: Menarquia a los 13 años tipo 5/40 con fases de amenorrea hasta de 3 meses. Hipoplásica. Enfermedad actual: Ha adelgazado 13 Kg, cloasma, desnutrida por tuberculosis osteoarticular, de codo izquierdo. Pigmentada. Diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal inicial. Tuberculosis osteo articular de codo izquierdo.

Caso núm. 86.- (350-II).- B. S. de 49 años, casada, Natural de Pastrana. Tiene dos hijos. Ha tenido viruela, anginas, cefaleas, sarampión. Vida Genital. Menarquia a los 16 años. Menopausia a los 48. Un aborto. Hace 2 meses tiene ardores en el estómago, acompañados de vómitos. Adelgazamiento, diarreas, y lumbalgia. Fallece y la autopsia confirma diagnóstico de Enfermedad de Addison por tuberculosis de las cápsulas suprarrenales.

Caso núm. 87.- (17669) Co. G. 47 años, casada. Menarquia a los 11 años tipo 2/26 muy escasa. Dismenorrea. Un embarazo a término con muchas molestias durante toda la gestación que no paró de vomitar. No abortos. En la actualidad se inician los sofocos y sus regla tiene tendencia a retrasarse. Tiene abundante cello pubiano de implantación horizontal. Mamas flácidas.

Caso núm. 88.- (20704) M. B. de 18 años, soltera y natural de Madrid. A los 6 años tuvo Kalaazar. Catarros frecuentes. Hace 1 mes cólico hepático. Vida Genital: Menarquia a los 13 años tipo - 5-6/28-30. En cantidad normal. No dismenorrea ni síndrome de tensión premenstrual. No baches amenorreicos. Ultima regla, bien. Es casa leucorrea. Vello pubiano y axilar normal. Desde hace dos años comienza a pigmentarse. Astenia. Estreñimiento. A la exploración presenta un color bronceado y lentigos en rostro. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 89.- (44-18) F. B. de 32 años, soltera, natural de Salamanca. Tuvo infección intestinal a los 7 años. Vida Genital: Menarquia a los 16 años tipo 3-4/30-40. Dismenorrea. Hace un año después de un verano notó que su color obtenido por las quemaduras del sol, no se quitaba, se cubrió de lentigos y empezó a tener profunda astenia, inapetencia y adelgazamiento. Es una enferma de tipo II. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 90.- (20458) A. M. de 22 años, soltera natural de Madrid. Ha tenido sarampión, tosferina. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, de tipo 3/15-30, normal. Senos bien desarrollados. Vello axilar normal. Enfermedad actual: Hace un año que presenta abultamiento en línea axilar, tercio inferior del lado derecho del tamaño de un huevo de gallina, deslizante, elástico y no doloroso. No fiebre. Diagnóstico: Absceso frío. Osteitis bacilar de la costilla. Insuficiencia suprarrenal.

Caso núm. 91. - (12099) Z. L. , 31 años, casada. Vida Genital Menarquia a los 12 años de tipo 4/31. Sin amenorrea. Dismenorrea casi todos los meses, discreta. Moderada leucorrea. Sin embarazos. Casada hace tres años. Esposo sano. Constitución asténica.

Caso núm. 92.- (17591) C. M., 41 años, casada. Tuvo sarampión a los 7 años. A los 28 operada de retroversión uterina y tuvo con bronconeumonía después de la operación. Vida Genital: Menarquia a los 15 años, tipo 3-4/24-28. Intensa leucorrea. Ligera dismenorrea. Menopausia después de la operación por retroversión uterina con intensos sofocos y sudores. Casada a los 28 años. Desde el primer día, gran dispareunia, sangrando en el coito, luego histerectomizada. Consulta porque hay parestesias en las manos, desde hace un año.

Desde la operación tiene ~~astenia~~ muscular que se ha acentuado últimamente. Hace 1 año gran pigmentación de piel y mucosas. Hipo. Anorexia. Palpitaciones. Disnea de esfuerzo. Lumbalgia. Diagnóstico: Esclerosis renal. Disnea de esfuerzo. Lumbalgia.

Caso núm. 93.- (46882) V. B. 38 años, casada. Ha tenido sarampión, neumonía a los 19 y 29 años. A los 23, proceso ginecológico que duró 4 años para ser intervenida a los 27 de legrado uterino. A los 24 grúpo con expectoración hemoptoica. Vida Genital: Menarquia a los 11 años, bien. No ha tenido hijos ni abortos. Enfermedad actual: Anorexia, y hace 5 años vómitos repetidos y diarreas. Se observa pigmentación de la exploración. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 94.- (22202) A. A., 27 años, soltera. Ha tenido sarampión, tosferina y varicela. Vida Genital: Menarquia a los 14 años, tipo 4-5/28-30. Dismenorrea. Leucorrea. Al comenzar proceso actual presenta retrasos con algún bache amenorreico. Enfermedad actual: Comienza a los 16 años con oscurecimiento de la piel, especialmente en los lugares de roce, codos, nudillo; astenia. Al año mareos, gran astenia y crisis de hipo. Se trató y viene a control. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 95.- (21978) S. P. 32 años, soltera, natural de Santander. Ha tenido sarampión. A los 8 años "dolor de hígado" con vómitos. Vida Genital: Menarquia a los 12 años, tipo 6-7/28. Dismenorrea. No leucorrea. Hace 2 años, oscurecimiento de nudillos y muchas pecas. Adelgaza 15 Kg. en 2 años. Astenia y caída de pelo. No hipo. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 96.- (395-22) A. R. de 17 años, soltera natural de Zamora. Sarampión, tosferina, catarros, asma. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, de tipo 5-8/30-35. Desarreglos. Amenorrea de 3 meses. Enfermedad actual: Desde hace 8 meses, y después de urticaria, comenzó a sentir gran debilidad y pérdida del apetito. Tenía náuseas y mareos y frecuentes cefaleas. Diagnóstico: Asma bronquial. Enfermedad de Addison.

Caso núm. 97.- (9906) F. N. de 40 años, casada, natural de Murcia. Tosferina. Vida Genital: Menarquia a los 14 años de tipo 5/23. Tiene un hijo que vive. Hace 2 años crisis de poliartritis con febrícula durante 15 días. Enseguida sucede cuadro hipoadrenal con pigmentación, cefaleas, astenia. Diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 98.- (14884) B. G. de 54 años, casada, natural de Guadalajara. El marido vive sano. Tuvo sarampión y tosferina. Hace 10 años cólicos hepáticos. Vida Genital: Menarquia a los 16 años. Tipo 3-4/30. Menopausia desde los 20 años. Enfermedad actual: Presenta desde hace 3 meses pigmentación que va en aumento. Coincidió con cólico intestinal. Anorexia. Astenia. Tos. Lumbalgias, diagnóstico: Enfermedad de Addison.

Caso núm. 99.- (22269) A. O. 42 años, soltera, natural de Madrid. Es modista. Presenta malformidad en miembros inferiores de derecho. Difteria a los 2 años. Sarampión, tosferina. Apendicectomía a los 22 años. Vida Genital: Menarquia a los 13 años, de tipo 3-4/25-28. Polimenorrea, desde que está mal, retrasos en la aparición de sus reglas con tendencia hipomenorreica. Dismenorrea. Tens

si3n premenstrual. No leucorrea. No baches amenorreicos. Contando 40 a3os, y siendo de muy buena salud, presenta lumbalgia seguida de astenia, anorexia y adelgazamiento. Hace un a3o, v3mitos, mareos. Vello axilar desaparecido. Diagn3stico: Enfermedad de Addison.

Caso n3m. 100.- (22775) A. M. de 23 a3os, soltera y natural de Madrid; se dedica a labores dom3sticas. Vida Genital: Menarquia a los 14 a3os tipo 6-8/26-32, con irregularidades en su presentaci3n ya abundante. Escasa leucorrea. No amenorrea. Dismenorrea con v3mitos y cefalea durante el primer d3a. Al comenzar su proceso actual se modifica, disminuyendo en cantidad. Presenta pigmentaci3n discreta en la piel. Abundante l3ntigos diseminados, por cara, cuello y oreja. Enc3as con pigmentaci3n peque3a. No astenia. Diagn3stico: Enfermedad de Addison.

S I N D R O M E D E C U S H I N G 24 cas

SINDROME DE CUSHING

Caso núm. 1.- (21834).- S. L. R. 31 años. Casada. Natural de Murcia. Antecedentes tuberculosis en varios miembros de su familia. Ha tenido ocho hermanos y todos murieron de pequeños. Menarquia a los 11 años. Tipo 5-6/22-24. Ella ha tenido 5 partos y un aborto. Desde hace 6 años padece dolor en la pierna derecha. Dos años más tarde empezó a presentar un cuadro de ataques con caídas al suelo bruscamente, pérdida de conciencia y boca encajada con expulsión de espuma. Desde el embarazo anterior han empezado a salirle manchas por el tronco. Poliuria. Febrícula. Sudores profusos y piel de gran aspereza al tacto. Muy nerviosa. Somnolencia constante. Ultimamente hipertrichosis de la barba, Síndrome de Cushing.

Caso núm. 2.- (21879) C. P. P. 37 años. Soltera. Natural de Barruelo de Santillán (Palencia). Modista. Desde hace más de 10 años está padeciendo de continuo sustos y sobresaltos así como disgustos y a partir de este momento comienza su sintomatología genital presentando irregularidades. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/28 oligomenorrea. Baches amenorreicos de 2 y 3 meses. A medida de que pasaba el tiempo más alteraciones y reglas de 1 sólo día de duración o a veces sólo un rato. Sofocos y arrebatos de la cara y en el vientre ha presentado color rojizo. Hace 3 años más dolores en región renal, astenia y agotamiento. Palpitaciones. Mioclonias. Se le cae el pelo y ha perdido vista. Está siempre muy apenada. Pletórica, congestiva, con cara de luna llena. Bozo en el labio superior. Abdomen globuloso con red venosa marcada. No dolorosa. Vello pubiano continuado por línea alba.

Miembros delgados.

Enfermedad de Cushing.

Caso núm. 3.- (21911). C. M. N. 22 años. Soltera. Natural de Madrid. S. L. Ha padecido cefaleas frecuentes. Menarquia a los 13 años. Tipo 2/30. Con reglas siempre muy escasa y periodos de amenorrea frecuentes. Engrasamiento florido. Talla 1,56 cm. Peso 91 Kg. Hace un tiempo comenzó a llamarle la atención la aparición de estrías vinosas sobre todo en axilas y vientre. Astenia. Somnolencia Dolor de espalda. Operada de anexitis bilateral hace 1 año y unos meses después es cuando comienza con la sintomatología. Rostro lunar. Mejillas rosadas. Pletórica. Vello genital más bien ralo. Manos cortas y regordetas. En los muslos presenta estrías.

Síndrome de Cushing postoperatorio.

Caso núm. 4.- (21930) M. S. M. 23 años. Soltera. Natural de Casa de Benito (Guencia) Padeció pleuresía a los 17 años. Menarquia a los 12 años. Desarreglos con oligomenorrea. Hace 8 ó 9 meses comenzó con dolor en región frontal y vertex, que se acompañaba de fotofobia. Dolor también en región lumbosacra, que se acentuaba al flexionarse. Dolores erráticos en las articulaciones. Aumento de peso. Tendencia al Barraquer Simonds. Mamas con estrías blancuecinas. Abdomen con estrías vinosas.

Síndrome de Cushing inicial.

Caso núm. 5.- (21931) T. A. C. 24 años. Soltera. S. L. Natural de Orcera (Jaén). Madre padece cólicos renales. Muy gruesa. Pesa 81,500 Kg. Talla 1,52 cm. de las mismas medias y pesos que las de la enferma. Menarquia a los 11 años. Tipo 3/28-30. Escasa. Ba-

ches amenorreicos. Dolores de cabeza y deformación del vientre. Dolor a nivel de la 7 D. Desde hace 4 años aumento del tamaño del volumen del vientre. Nucho apetito. Cara de luna llena, con lentigos. Mejillas rubicundas. Patillas y barba afeitadas. Abdomen globuloso con inmenso panículo como un gran lipoma. En las caderas piel de naranja.

Obesidad pletórica tipo Cushing.

Caso núm. 6.- (22129) T. J. B. 27 años. Casada. Natural de Ertallo (Logroño). Ha tenido 1 hijo. Menarquia a los 11 años. Tipo 8/25, abundante. Hace 5 años tuvo retrasos y amenorrea de 3 a 6 meses. Hace 4 años comenzó con hinchazón de tobillos, al mismo tiempo que comenzaba el engrasamiento rápido de la cara tórax y miembros. Dolor lumbar y aumento del vello en patillas y resto del rostro. Pérdida de la libido. Varices y flebitis. Cambio de carácter que actualmente es triste y de mal genio. Abdomen globuloso con estrias. Peso 80,500 Kg. Talla 1,50.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 7.- (22286) E. B. C. 41 años. Viuda. Natural de Torredonjimeno (Jaén). Modista. Menarquia a los 15 años. Tipo 3/28-30. Ha tenido un aborto. Hace unos años, no precisa cuántos exactamente, empezó a engordar y en año y medio pesando 32 Kg. pasó a 71. A partir de entonces presentó apetito, diarrea, sed, boca seca y polaquiuria. Cefaleas. Muy emotiva. Ha desaparecido la libido. Desde hace 2 años la voz se ha hecho más grave y ha aumentado aún más de peso. Talla 1,47 cm. Peso 92,300 Kg. Abdomen en delantal. Estrías rojo vinosas. Dolor a la palpación. Lipomas simétricos.

Obesidad pletórica. Cushing.

Caso núm. 8.- (23353) R. F. R. 34 años. Casada. Natural de Reus. S. L. Ha tenido un embarazo con parto normal. Nueve meses más tarde tuvo una nefritis. Menarquia a los 10 años. Tipo 3-4/28. Hace 5 años tuvo una periodo de amenorrea de 5 meses. En esa época le creció la barba y le salió mucho vello duro y negro en el tórax. Cefaleas, náuseas, astenia, palpitaciones, escalofríos y ahogos, Muy engrasada. Talla 1,55. Peso 78,500. Cuello corto. Vello pubiano no masculino.

Síndrome de Cushing. Hirsutismo suprarrenal.

Caso núm. 9.- (20226) M. T. B. M. 13 años. Soltera. Natural de La Isabela (Guadalajara). Nacida de parto prematuro en estado casi asfísico. Desarrollo normal. Menarquia a los 12 años. Tipo 5-6/28-30. Desde hace un poco de tiempo estrías vinosas en la región glútea sobre todo en el lado derecho. En el lado izquierdo apenas aparece alguna. Resto de exploración normal.

Estrías vinosas sin alteraciones patológicas ostensibles.

Caso núm. 10.- (20586).-R. Z. S. 12 años. Soltera. Natural Madrid. Bonitadora. Menarquia los 11 años. Tipo 4-5/30-35. Oligomenorrea. Desde hace tres meses dolores en el bajo vientre que se atenúan con las reglas. Amenorrea de 1 mes. Desde hace un año, obesidad sobre todo en tronco y caderas dejando libres las extremidades. Disnea de esfuerzo. Mucho apetito. Cefaleas. Aspecto matronico. Talla 1,41. Peso 68,600. Obesidad pletórica. Chapetas en las cara anterior de las axilas. Abdomen prominente tenso, no doloroso con muchas estrías.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 11 .- (20580) M. L. G. M. 16 años. Soltera. Natural de Madrid. Madre obesa. Antecedentes familiares con malformaciones congénitas. Hasta los 7 años fué una niña gordita y luego adelgazó. Menarquia a los 13 años. Tipo 4/28. Alteraciones irregulares, con baches amenorreicos de más de 2 meses de duración. A los 9 años empezó a engordar y en este momento la enferma que mide 1,51, pesa 91,800 Kg. Buen apetito. Ligeras cefaleas. Vello en las patillas. Tórax muy engrasado con estrías vinosas. Abdomen muy voluminoso. Hipertrichosis en miembros sobre todo en piernas.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 12.- (21362) E. A. A. 44 años. Casada. Natural de Madrid. S. L. Cefaleas. Siempre ha sido gruesa. Menarquia a los 14 años. Tipo 4/30. Desde hace tres meses, padece amenorrea. Ha tenido 3 partos. Hace 7 años comenzó con dolor en región dorsal de la columna. No la pudieron operar y le pusieron tratamiento en casa con lecho duro y tratamiento médico. Engordó bastante entonces. Hace 4 años disnea de esfuerzo sin edemas maleolares. Duerme mal. Miopía. Euresis nocturna. Cara rubicunda con telangiectasias en las mejillas. Abdomen globuloso fluidez de paredes. Estrías rojo vinoas en nalgas no muy excusadas.

Síndrome doloroso del climaterio. Obesidad Hipofisocortical.

Caso núm. 13.- (21703) F. H. E. 16 años. Soltera. Natural de Cartagena (Murcia). Estudiante. Los padres son de talla mediana y gruesos. Un hermano rubicundo y más bien gordito. Menarquia a los 11 años, irregular con retrasos y amenorreas de más de tres meses. Hace unos meses, empezó a padecer unos ataques, que fueron diagnosticados de epilepsia Jacksoniana y que se acompañaban de

de manifestaciones purpúreas en conjuntivas y párpados, cara y mu-
losiendo tratada. Cuatro meses más tarde al notarse malestar por
la tarde fué al médico quien le diagnosticó un infiltrado parahi-
liar que fué sometido a tratamiento. Más tarde se confirma la exis-
tencia de una alteración encefálica de la región pronto temporal
izquierda y secundariamente de la base, probablemente no evoluti-
vas. Poco despues con tratamiento mejora de sus ataques. Ha engorda
do 22 Kg. Actualmente presenta amenorreas. Cefaleas. Hipertrichosis
Es una enferma con un tórax engrasado con estrías vinos sobre todo
en región axilar. Vientre pletórico con estrías muy típicas y mar-
cadas. Discreta cifosis. Pícnica. Peso 77 Kg. talla 1,52.
Diagnóstico: Epilepsia Jacksoniana y síndrome de Cushing postterapéu-
tico.

Caso núm. 14.- (21714) D. R. Z. 25 años. Soltera. Natural de
Madrid. S. L. Hay varios miembros en la familia zurdos. Una tía
padece epilepsia. Otra diagnosticada de bocio. Es la última hija
de una mujer de 42 años que tuvo un parto a los 8 años del último
embarazo. Nada más nacer, fué diagnosticada de mongolismo. Menar-
quia a los 14 años. Tipo 2-3/30-40. Oligo e hipomenorrea. Hace un
año, después de un tratamiento con Fisex LEO empezó a aparecer
como cuerdas rojo vinosas lineales con relieve edematoso y picos.
A partir de entonces ha engordado tiene poco apetito. Es muy frío-
lera. Ha cambiado su carácter que primero era pacífico y ahora úl-
timamente, tiene mal genio, nerviosa y excitable. Sin embargo, -
reacciona ante todo como una niña. Presenta signos de mongolismo
yb la morfología infantil se asocian rápidamente con síntomas de
envejecimiento precoz. Talla baja. Obesidad en el vientre caderas
y muslos. Abdomen prominente sin estrías, pero que aparecen en --
ralgas y muslos hasta las rodillas. Miembros inferiores cortos.

Mongolismo y Cushing terapéutico.

Caso núm. 15.- (18441). L. J. B. 40 años, casada, natural de Madrigalde la Vera (Cáceres) S. L. Varios miembros de su familia obesos. . Menarquia a los 11 años tipo 3-4/30. Reglas muy abundantes. No ha tenido partos ni abortos. Hace algún tiempo experimenta la enfermedad gran nerviosismo. Disnea. Caída del pelo. Se ha convertido en una mujer muy irritable. No recuerda si ha ganado peso. En el abdomen presenta estrías y telangiectasias.

Obesidad cortical.

Caso núm. 16.- (19369) J. V. M. 14 años, soltera, natural de Daganzo (Madrid) Todos los miembros de su familia son obesos. Amenorrea desde hace 7 meses. Menarquia a los 13 años, 4-5/26-27. Desde su nacimiento ha continuado muy gruesa presentando gran apetito. Desde que comenzó con su amenorrea nota que engorda con rapidez presentando sofocos cefaleas y náuseas. Bebe mucho. Brote llamativo del vello de la cara últimamente. Desde hace unos días ha comenzado con ataques, con pérdida de conocimiento sin relajación de esfínteres. Pletórica y rubicunda. Hipertrichosis generalizada Vientre pletórico. Talla 1,46cm. pesa 66 Kg.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 17.- (19891) A. A. A. 18 a.os. Soltera. Natural de Coca (Segovia) S. L. Siempre ha tenido buen apetito, y ha sido una enferma gruesa. Menarquia a los 14 años. Tipo 2/38-40. Hace 2 años, periodo de amenorrea. Consulta además por inconsistencia urinaria. Refiere, que últimamente ha engordado mucho. Se encuentra como atontada, siendo muy dormilona. Cefaleas. Clonus emotivo (Marañón) Engrasamiento y estrías vinosas. Talla 1,50cm. Pesa 63,300

Síndrome de Cushing y alteraciones de la micción.

Caso núm. 18.- (18589) B. C. M. de 13 años, soltera. Natural de Madrid. S. L. Menarquia a los 12 años. Tipo 4/26-28. Abundantes Cefaleas. Mareos, Apática: Malhumorada, desde hace 2 años. Poco interés por el estudio. Piel áspera. Dormilona. Lapiña. Manos menudas hipogenitales. Caída del cabello. Oblicuidad mongólica. Resto, exploración: Normal.

Síndrome de Cushing inicial.

Caso núm. 19.- (17060).- U. C. Ch. 34 años. Casada. Natural de Argamasilla de Alba (C. Real). Antecedentes familiares cardíacos y pletóricos. Menarquia a los 11 años. Tipo 8/23, con poli y proiomenorrea. Desde hace 4 años, sus reglas son de tipo 4/32, escasas. No ha tneid o embarazos ni abortos. Desde hace 5 años, ha engordado 40 Kg.. Tiene mucho apetito ingiriendo gran cantidad de sólidos y líquidos. Cefalea pronto parietal. Desde entonces presenta disnea de esfuerzo acompañándose de astenia. También tiene cloasma en la cara sobre todo en las mejillas. Cambio de carácter convirtiéndose ahora en triste y deprimida. Estreñimiento. Somnolencia. Cara lunar con papada. Discreto exoftalmos. Desarrollo enorme de tórax y vientre sobre todo mamario y el abdomen casi en delantal. Extremidades engrosadas y frías. Talla 1,51. Peso 91 Kg.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 20.- (17374.- E. S. A. L. 40 años. Casada. Natural de Segovia. Menarquia a los 12 años. tipo 4/30. Tres partos. Muy delgada hasta los 10 años en que empezó a engordar conservando siempre el buen apetito que no se sacia con nada. Hace 7 años, con

motivo de un disgusto familiar empezó a engordar todavía más presentando cara bultuosa y encarnada con sensación congestiva sobre todo al agacharse. Visión disminuida y la audición es torpe. Distribución viril de la grasa. Cara de luna llena con vello abundante en el labio superior y en sotabarba. Piel áspera y fría con dermatografismo y enrojecimiento y pequeñas equimosis. Estrías vinosas en caderas. Ectasias venosas diseminadas. Talla 1,57. Peso 69,700.

Síndrome de Cushing , otitis media bilateral.

Caso núm. 21.- (17483).- E. T. R. de 21 años, soltera Natural de Ballecas. Madrid. Una hermana muy gruesa así como antecedentes por ambas ramas de personas muy gruesas. Fué siempre gordita. Menarquia a los 11 años. Tipo 5/30. Actualmente lleva 5 años de amenorreas siendo esto junto con la obesidad lo que la motiva consultar. Desde este tiempo ha presentado un aumento de peso muy marcado que se localiza principalmente en cara y tronco con distribución viril. Rostro de luna llena con patillas prolongadas. Estrías blancas en abdomen, vello genital viriloides. Hipertrichosis en miembros superiores e inferiores.

Obesidad tipo Cushing.

Caso núm. 22- (17551).- C. E. N. de 19 años. Soltera. Estudiante. Natural de Madrid. En ambas familias tiene antecedentes obesos. Menarquia a los 12 años 3-4/27-33. A partir de los 13 años aumento progresivo del peso. Tiene mucho apetito. Aspecto engrasado turgente en rojo. Sin embargo, el aspecto de la enferma es muy infantil. Cara lunar rubicunda , alegre y de mirada brillante y expresiva. Vello en labio superior y patillas. Pícnica con estrías vinosas en

el tórax. Vientre engrasado de mediana tensión presentando también estrías así como un rodete suprapúbico. Hipertricosis generalizada de mayor intensidad de miembros. Obesidad tipo

Obesidad tipo Cushing.

Caso núm. 23.- (376-23).- F. R. A. Casada. Natural de Castilbalnco de los Montes (Badajoz) de 32 años. S. L. Cuatro hijos con partos normales y un aborto. Menarquia a los 12 años tipo 5/30. Hace un año tuvo el último parto y a raíz de entonces se empezó a hinchar. Le ponen un tratamiento con el cual mejora pero días después la hinchazón se generaliza por cara tórax y abdomen. Días más tarde la cara adquiere un color rojizo y comienza a presentar cefaleas, astenia, y fatigabilidad. Presenta un acusado dolor lumbar. Muy estreñida. Hipertricosis en labio superior, mentón y patillas. Exoftalmos bilateral. Piel áspera y escamosa. En hombros y espalda presenta hipertricosis. Estrías en el abdomen de color rojo vinoso, que continúan por los muslos llegando hasta la región polítea. También presenta aumento de vello en los miembros.

Síndrome de Cushing.

Caso núm. 24.- (165-22) C. F. P. 36 años. Soltera. Natural de Barruelo de Santillán. Valenciana. Menarquia a los 11 años. Tipo 3-4/28-29. Con reglas escasas. A los 22 años, presentó 4 meses de amenorrea intensificándose la escasez de las reglas que a partir de entonces presentan oligo e hipomenorrea. A raíz de este momento la cara le aumenta de tamaño haciéndosele redondeada, congestiva, aumento del grosor de las mamas y del vientre, caída del pelo, astenia, dolor articular y muscular. Adelgazamiento de las extremidades. Pesadez de cabeza, depresión y dolor en fosa renal

derecha que fué diagnosticado como de cólicos nefríticos. Continúa do. Tronco con galangiectasias en los hombros . Megalomastia con estrías rojo vinosas. Areolas y pezones violáceos. Abdomen con - gran panículo adiposo en zonas supraglúteas con estrías. Miembros con hipertrichosis.

Síndrome de Cushing.

H I R S U T I S M O S U P R A R R E N A L 38 ca.

Caso núm. 1.- (10659).- E. V. S. de 46 años. Casada. Natural de Madrid. S. L. Menarquia a los 15 años. Tipo 3/30. Ha tenido 9 hijos con partos normales. Tiene cefaleas y gran cantidad de vello sobre todo en la cara en patillas, y mentón miembros inferiores y superiores y a lo largo de la línea alba. Ha engordado mucho.

Adiposidad cortical.

Caso núm. 2.- (11761).- D. R. P. de 16 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Reglas muy abundantes y durante muchos días. Consulta porque le preocupa mucho el hirsutismo tan marcado que tiene.

Síndrome de crecimiento hipercortical.

Caso núm. 3.- (12012).- J. O. A. de 29 años. Viuda. S. L. Natural de Calpe (Alicante). Menarquia a los 14 años. Tipo 6-9/22-34. Con periodos de amenorrea que se han acentuado últimamente que le duran 3 o 4 meses. Un embarazo terminado en aborto

Insuficiencia ovárica hipercortical constitucional

Caso núm. 4.- (12022) M. M. I. De 18 años. Soltera. Natural de Madrid. Consulta por amenorrea primaria e hirsutismo suprarrenal con hipertrichosis generalizada.

Insuficiencia ovárica hipercortical

Caso núm. 5.- (12954).- 31 años. Casada. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 3-4/30. Ha tenido un parto normal. Un aborto. Desde hace un año presenta un aumento de peso y gran cantidad de vello.

Obesidad córtico suprarrenal.

Caso núm. 6.- (14026) A. A. P. de 32 años. Soltera. Natural Almierte (Asturias). Menarquia a los 14 años. Tipo 3/99. Abundante Baches amenorreicos frecuentes uno de ellos de más de 16 meses de duración. Fué seguido de metrorragia de cinco días y más tarde otros 12 meses de amenorrea con intensos sofocos. A raíz de - entonces ha engordado 42 Kg. Presenta hipertrichosis principal - mente en miembros y abdomen. Está ovariectomizada. Desde hace 5 - años instaurándose a partir de entonces una fase definitiva de - amenorrea.

Síndrome hipercortical con insuficiencia ovárica secundaria.

Caso núm. 7.- (15839) J. N. P. 53 años. Viuda. Natural de Cartagena (Murcia) S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo bien reglada. Menopausia hace cuatro años. Desde hace 11 años, Obesidad muy manifiesta así como la aparición de vello que ha ido aumentando desde la desaparición de la regla.

Lues con obesidad cortical

Caso núm. 8.- (15856).- M. C. A. de 46 años. Viuda. Natural de Ladrede (Avila). Menarquia a los 12 años Tipo 6-8/28-30. Mioma intervenido con metrorragias. Ha tenido 7 partos normales. No abortos. Desde hace algún tiempo, presenta

Síndrome cortical con diabetes.

Caso núm. 9.- (18289).- M. C. P. De 24 años. Soltera. Natural de Unión (Murcia) S. L. Menarquia a los 12 años. Tipo 4-5/20-28. Desde hace dos años baches amenorreicos con hipom y oligomenorrea del tipo 2-3/27-30. Se queja de cefaleas e hirsutismo marcado.

Hipertrichosis con oligomenorrea por hipercorticismismo

Caso núm. 10.- (19911).- A. M. C. A. de 27 años. Soltera. Natural de León. Menarquia a los 12 años. Tipo 5-6/28. Dismenorrrea que mejoró con el tratamiento hiperhidrosis, en manos y pies. Hipertricosis.

Reacción hipercortical directa.

Caso núm. 11.- (20432).- C. V. A. De 17 años. Soltera. Natural de San Clemente (Cuernavaca) Menarquia a los 12 años. Tipo 5/28. Abundante. Desmayos sin pérdida de conocimiento.

Hiperplasia córticosuprarrenal sin hirsutismo.

Caso núm. 12.- (20436) A. B. G. de 14 años. Soltera. Natural de Las Arenas (Bilbao) Menarquia a los 13 años. Tipo 5/22-25. Abundantes y muy dolorosas. Presenta estrías violáceas, en mamas. Aumento progresivo del peso. Hipertricosis desde hace dos años.

Adiposidad hipófiso-cortical con estrías menores.

Caso núm. 13.- (21597).- V. S. B. 32 años. Casada. S. L. Natural de Calatayud (Zaragoza). Menarquia a los 12 años. Tipo 5-6/30-40. Regla poco abundante con oligomenorrea. Baches amenorreicos. Un embarazo y aborto a los 4 meses.

Hiperplasia suprarrenal con obesidad e hirsutismo.

Caso núm. 14.- (20058) S. S. H. De 18 años. Soltera. Natural de Polan (Toledo). S. L. Menarquia a los 16 años. Tipo 4-5/28. Hipomenorrea. Obesidad después de un mes de amenorrea. Pasando de 45 a 78 Kg. Astenia muscular.

Obesidad pletórica suprarrenal.

Caso núm. 15.- (22228) M. L. C. G. de 21 años. Soltera. Natural de Alicante. Menarquia a los 11 años. Tipo 5/28. Ha presentado albuminuria . Cansancio y decaimiento, así como otros síntomas de virilismo. Diagnosticada de anexitis. Hipertricosis.

Hipercorticalismo familiar y falsa homosexualidad.

Caso núm. 16.- (22316).- C. H. L. de 23 años. Soltera. Natural de Madrid. S. L. Menarquia a los 14 años. Tipo 10-12-/28-30.

Con polimenorrea. Cefalea. Hipertricosis en cara con aumento de vello en brbilla labio superior y patillas, también en brazos y piernas.

Hipertricosis con probable reacción cortical.

Caso núm. 17.- (22415).- B. F. M. de 32 años. Casada. Natural de Quirós (Asturias) Menarquia a los 13 años. Tipo 3/27. Con oligomenorrea. Dos embarazos con dos partos normales. Con sultaprrpor aparición de vello que le desagrada.

Síndrome hipercortical.

Caso núm. 18.- (342-20).- V. U. V. de 37 años. Casada. S. L. Menarquia a los 17 años. Tipo 3/26-28. Faltándole a temporadas 1 mes. Dos embarazos con partos normales. Presenta hipertricosis en tórax y abdomen más a nivel de la línea alba.

Virilismo suprarrenal . Adenoma cortical complicado.

Caso núm. 19.- (69-20).- F. D. U. de 40 años. Natural de Burgos Soltera. S. L. Menarquia a los 16 años. Tipo 3-4/28. Con oligo e hipomenorrea y baches amenorreicos. Hipertricosis de miembros superiores e inferiores.

Hiperplasia suprarrenal.

Caso núm. 20.- (21393) P. G. G. de 24 años. Soltera. Natural de Valencia de las Torres . Menarquia a los 16 años. Tipo - 4/28. Desde hace 6 meses presenta baches amenorreicos , el último de los cuales presenta dos meses de duración. Cefalea y febrícula. En miembros superiores e inferiores, hirsutismo .

Hirsutismo constitucional.

Caso núm. 21.- (21398).- M. D. G.P. De 24 años. Soltera. Natural de Madrid. Menarquia a los 12 años. Tipo 4/28. Escasas. Cefaleas. A los 15 años y de una manera rápida se instauró un hirsutismo generalizado.

Hirsutismo constitucional familiar.

Caso núm. 22.- (21400).- M. D. O. De 28 años. Soltera. Natural de Cangas de Narcea. (Asturias). Menarquia a los 14 años. Tipo 4/28 Desde la menarquia presenta aparición de vello en miembros superiores , inferiores y abdomen, que desde hace un año, se ha acentuado.

Hipertrichosis constitucional.

Caso núm. 23.- (21409).- P. T. M. de 29 años. Natural de Medina del Campo . Menarquia a los 13 años. Tipo 3/28. Escasa. Dolor en vacío izquierdo . Astenia hipertrichosis de cara y cuerpo. Aumento de peso, de 15 Kg. Pérdida de apetito.

Hirsutismo.

Caso núm. 24.- (21469) M. V. M. E. 26 años. Soltera. Natural de Málaga. S. L. Menarquia a los 13 años. Tipo 2/29. Escasas. Con baches amenorreicos de 2 y 3 meses de duración. Presenta una gran cantidad de vello por cara , tórax y abdomen. Así como

en miembros muy marcado en las manos.

Hipertrichosis constitucional.

Caso núm. 25.- (21498).- E. V. M. De 23 años. Natural de Madrid. Menarquia a los 15 años. Con oligo e hipomenorrea. Hirsutismo. Náuseas y vómitos. Tifoidea. Catarrros. Siempre inactiva. Distraída y con poca memoria. Cefalea. Hipertrichosis muy acusada .

Astenia consitucional con hirsutismo.

Caso núm. 26.- (21552).- E. M. M. de 21 años. Natural de Bilbao. Menarquia a los 17 años. Tipo 3/28. Hipertrichosis. Cefalea temporal y vello desde hace 8 meses de gran intensidad , que la tiene muyb preocupada.

Hipertrichosis y craneopatía neuro endocrina.

Caso núm. 27.- (21573).- J. G. M. de 34 años. Soltera. Natural de Madrid. Modista. Menarquia a los 12 años. Tipo 4/28.

Escasa. Desde hace un año y medio presenta hirsutismo. Hace 10 meses, embarazo y desde entonces ha aumentado su sintomatología Intensa hipertrichosis sobre todo en abdomen y miembros inferiores.

Hirsutismo faunesco.

Caso núm. 28.- (21589).- E. A. C. De 21 años. Soltera. Natural de Camuñas (Toledo). S. L. Menarquia a los 15 años. Tipo 3-4 /26-30. Dolor en región lumbosacra. Disrafia. Aumento de vello que es muy notorio en cara . Dolor de cabeza. Hiperhidrosis .

Hirsutismo constitucional con espina bífida sacra.

Caso núm. 29.- (21692).- T. P. G. de 24 años. Soltera. Natural de Navalosa (Avila) Menarquia a los 13 años. Tipo 5/22.

Desde hace dos años bocio. Friolera y somnolenta. Cansancio. Edemas maleolares. Hipertricosis en cara, abdomen y miembros.

Bocio nodular endémico . Hipertricosis constitucional

Caso núm. 30.- (21710). M. P. L. de 28 años. Soltera. Ofici-
nista. Natural de Madrid. Menarquia a los 14 años. Tipo 3/28.
Hipomenorrea . Consulta por Carraspara continua y nerviosismo
Palpitaciones y apetito . Cansancio . Astenia. Hipertricosis
en cara y miembros. H

Hipertricosis constitucional.

Caso núm. 31.- (21937).- B. M. A. de 35 años. Casada. S. L.
Natural de Laredo (Asturias). Menarquia a los 15 años. Tipo p
2/22-25. Escasas. Aumento progresivo del tiroides. Estreñimiento
Hipersensible al frío. Palpitaciones. Aumento del tiroides a ex-
pensas del istmo y lóbulo derecho duro. Hipertricosis en muslos
y brazos.

Bocio nodular endémico con hipertricosis.

Caso núm. 32.- (22023).- A. G. G. de 29 años. Casada. Natu-
ral de Molinicos (Albacete). Menarquia a los 11 años. Tipo 3-4/
24-25. Náuseas y cefaleas. Adelgazamiento. Temblor e insomnio.
Intensa hipertricosis. Tiroides palpable.

Astenia constitucional erética con hirsutismo.

Caso núm. 33.- (22040) A. L. B. de 27 años. Soltera. Natu-
ral de Totanes (Toledo). Menarquia a los 19 años. Tipo 3-4/32-50.
Escasa. Con baches amenorreicos. Escasa con baches . Un embarazo
con albuminuria. Cefaleas. Engrasada. Hipertricosis con estrías
azuladas en los muslos.

Adiposidad pletórica con hirsutismo.

Caso núm. 34.- (22102). J. R. M. De 48 años. Casada. Natural de Torre Campo . Menarquia a los 13 años. 3-4/28. Escasa. Desde hace 21 años, dice que empezó a aumentarle el volumen del vientre , con pérdida de la libido al tiempo que salía vello y estrías en el abdomen. Dolor precordial . Bebe mucha agua . Orina mucho . Prurito.

Síndrome de Achard , Thiers.

Caso núm. 35.- (22437).- V. L. G. 22 años. Soltera. Natural de Aldeanueva de San Bartolomé (Toledo). Menarquia a los 13 años Tipo 3/35 Con oligomenorrea. A los 14 años. brote generalizado Del vello que le preocupa mucha pensando en ahorrar su soldada con el fin de quitárselo. Hiperhidrosis. Sobre todo en estados emotivos. Hirsutismo constitucional.

Caso núm. 36.- (22383).- L. M. V. de 33 años. Soltera. Natural de Alayor (Menorca). Oficinista. Albuminuria y edemas . Febrícula. Catarros. Dolor en columna vertebral durmiendo en lecho duro . Anexitis fímica que está siendo tratada. Menarquia a los 12 años. Tipo 2-3/32. Acrocianosis. en miembros. Hipertricosis en mentón, patillas y labio superior. También en brazos y piernas.,

Tuberculosis abdominal e hipertricosis.

Caso núm. 37.- (23488).- M. J. H. A. 25 años. Soltera. S. L. Natural de Madrid. Menarquia a los 13 años. Tipo 3/36-40. Cambio de carácter. Irritable. Nerviosa. Agresiva. Con insomnio. Intranquilidad y excitación. Hipertricosis muy marcada. Neurosis con crisis maníacas e hipertricosis.

Caso núm. 38.- (23578).- M. J. P. J. de 27 años. Soltera.

Oficinista. Natural de Morón de la Frontera (Sevilla). Menarquia a los 13 años. Tipo 4/30-31. Con hiper y polimenorrea. Desde hace 8 años, baches amenorreicos . Vello en la cara , barba y patillas. Bocio en labio superior, así como en tórax, abdomen y extremidades. Desde hace dos años oligomenorreas y adiposidad. Vello pubiano con implantación masculina muy exuberante.

Adiposidad e hirsutismo.

- ALLEN W. M.- Functional uterine bleeding South, Med. J. 44, 817 (1951).
- BOTELLA LLUSIA, J.- Endocrinología de la mujer. Ed. Aguado. Madrid .1942.
- BOTELLA LLUSIA, J.- Curso de Esterilidad Conyugal. Ed. Acta Ginecológica. Madrid. 1951.
- BOTELLA, G.- Patología Obstétrica III. Ed. Edt. Científico Médica. Barcelona . 1954.
- BROWN W. E. J. T.- Bradbury and Jungck. E. C. The effect of estrogens and other steroids on the pituitary gonadotrophins in woman. Amer. J. Obstet. 65, 733. 1953.
- BUCHANAN, J. A. and Ballvey, H. A.- Endocrinology 24, 365 (1939).
- CANTAROW A.; RAKOFF, A. E.; POSCHKIS, K. E.; HAUSEN, L. P. and WALKING, A. A.- Excretion of estrogen in bile.- Endocrinology. 31, 515.- 1942.
- CLUXTON, H y cols.- J. Clin. Endocrin. 5, 61.- 1949.
- CHIARI-FROMMEL, Síndrome.- Obs. and Gynec. 7º, 170-165, Febr. 1956.
- DINGEMANSE, E. and Huis in't VELD, L. G.- Origin of the androstosterone in the urine of woman. Acta Endocrin. Copenh 7, 71, 1951.
- EDGAR, D. G.- Progesterone in body fluids.- Nature . London. 1952-543.
- ELLIS, R. W. B.- Age of puberty in the tropics. Brit. Med. J. 1950 - 85.
- ELLISON, A. T. and WOLFE, J. M.- Endocrinology. 16, 60. 1935.
- ENGLE, E. T.- The menopause introduction. J. Clin. Endoc. 4, 567, 1944.
- ESCAMILLA, R. F. and LISSER, H.- J. Clin. Endocrin. 2, 65, 1942.
- FORBES, T. R.- Pre-ovulatory progesterone in the peripheral blood of the rabbit. Endocrinology 53, 79. 1953.
- FREEMONT-SMITH, M. and MEIGS, J. V. Amer. J. Clin. Endoc. 12, 42, 52

FULHMAN. C. F.-Hormonal relations of menopausal symptoms. J. Clin Endocrin. 4, 586, 1944.

GILLMANN, J and GILBERT, C.-The thyroid gland ist relations to the menstrual cycle of the baboon. J. Obstetr. 60, 445. 1953.

GOLZHICHER J. W. and ROBERTS I. S. - Identification of estrogen in the human tests.- J. Clin. Endoc. Metab. 12, 143. 1952.

GREENBLATT, R. B.- Stein Leventhal Syndrome Am. J. Obst. Gynec. 66 700. 1953.

HOLMSTROME. G. and W. J. JONS.- The experimental production of menorrhagia by administration of gonadotropins Amer. J. Obstetirc.- 58, 308. 1949.

HOOKE C. WAND FORBES T. R.- A bio-assay por minute amonts of progesterone. Endocrinology . 41, 158. 1947.

JOUNG W. C. RAYNER B. PETTERSON R. R. and BROWN N.- Endocrinology 51, 12. 1952.

KLIENEFELTER , H. F. ALBRIGHT F. and GRISWOLD G. C.- J. Clin. Endoc. 3, 529. (1943).

KROHN P. L. - Periodic uterine blleding in ovariectomized monkeys given constant daily doses of estrogen . Endocr. 45 537. 1949.

LEDERER J. - Rev. Lyonnaise de Med. 2, 119. 1953. Am. D'Endoc. 11, 459. 1950.

MC. KAY. D. G. and ROBINSON D.- Observations on the fluors cence, birefringence and histochemistry of the human ovary during the menstrual cycle Endocrinology 41, 389. 1947.

MC. KELVEY J. L. and SAMUELS L. T. - Irregular shedding of the endometrium. Amer J. Obstetrc. 53, 627. 1947.

- MAC SHAN W. H and MEYER R. K.- Endocrinology 50, 294. 1952.
- MANDL A. M. ; ZUCHERMANN S. and PATTERSON H. D.- The number of oocytes in ovarian fragments after compensatory hypertrophy. J. of Endocrin. 8, 347. 1952.
- MARAÑON G. and PINTOS J.- Nouvelle Iconographie de la Salpetriese 27, 185. 1917
- MARAÑON G.- Ginecologia Endocrina. Espasa Calpe. Madrid. 1935
- MARAÑON G.- Bol. 1950. 5, 47.
- MARAÑON G.- 1950. 5, 166.
- MARAÑON G.- 1951. 6, 110.
- MARAÑON G.- 1951. 6, 168.
- MENDEL E. B.- Amer J. Obst. Gyn. 51, 889. 1946.
- MEYER R. K.; BIDDULPH G. and FUINERTY J. C.- Endocrinology 39, 23 1946.
- MEYER R. K. and LEONARD J. L.- Proc. Soc. Exper. Biol. J. Med. 27, 702. (1930).
- MORTHON J.. H.; ADDITION H.; ADDISON R. G.; HUNT L. and SULLIVAN J. J.- A clinical study of premenstrual tension. Amer J. Obstetetr. 65, 1182. 1953.
- NASSBERG S.; MAC KAY D. G. and HERTING A. T.- Physiological salpingitis Amer J. Obstet. 67, 130. 1954.
- NETTER A.; MATHE G. ; POTTER R. and. Mme. DINET LAULANIE.- Bull et Mem. de la Soc. Med. del Hop. (Paris). 1949, 65, III
- PAOLA G. and DEL CASTILLO E. B.- Cyclical endometrial response to prolonged administration of estradiol in the castrate woman J. Clin. Endoc. 2, 215. 1942.
- PERKINS R. F. and RYNEARSON E. H.- J. Clin. Endoc. 12, 574. 1952.
- PHILIPP E. and STANGE H. H.- Adrenogenital syndrome with large polycystic ovaries and partial atresia of vagina Acta

endocrinol 17:338-354. Sep. Dic. 54.

SAYERS G.- Use physiology of adrenal cortical secretion. *Physiologic Rev.* 30, 241 (1950).

SHEEHAN H. L. y SUMMERS V. K.- *Quart J. Med.* 18, 319. 1938

SHIPPEL S.- The ovarian theca cell. *J. Obstetr.* 57, 362. 1950.

SMITH O. W.- Menstrual toxin. *Am. J. Obstetr.* 54, 201. 1947.

SMITH P. H. - *Anat. Rec.* 52, 191 (1932).

STEIN I. F.- Stein -Levethal Síndrome. *Am. J. obstetr. Gynec.* 50.
Nº 4. 385-398. Oct. 1945.

STEIN-LEVENTHAL-Syndrome. *Acta Endocrinol. Copenh.* 17, 1. 1954.

STERNBERG W. H.; SEGLOFF A. and GASKILL S. J.- Influence of chorionic gonadotrophin on human ovarian theca cells. *J. Clin. Endocrin. a Metabol.* 13, 139. 1953.

VAN DYKE H. B. ; PAN S. Y. and AHEDBOSKY T .- Follide-stimulating hormones of the anterior pituitary of the sheep and - the dog. *Endocrinology* 46, 563. 1950.

WARING P. R. and INGRAHAM J. T.- *Lancet* 1950 . II. 55.

WESTMAN A.- The histological structure of the ovary in cases of - virilisme. *Acta. obstetr. scand.* 34, 92. 1955.

WITAGRE F. E. and B. BARRERA .- A. clinical and laboratory study *J. Amer. Med. Assoc.* 124, 399. 1944.

ZANDER J. - Progesterone in human blood and tissues. *Nature (London)*. 1954, 406.

ZARROW M. X.; R. L. SHOGER and LASO-WASEN E. A.- The rate of disappearance of exogenous progesterone from the blood. *J. Chi. Endocrin. a Metabol.* 14, 645. 1954.

ZONDEK B.- Doses menstrual blood contain a specific toxin. *Amer. J. Obstetr.* 65, 1065. 1953.

CONCLUSIONES

Hemos revisado los Archivos del Instituto de Patología Médica, Endocrinología y Nutrición de Madrid, dirigido por el Profesor Dr. D. Gregorio Mañón, y extractamos de las historias clínicas de los diferentes procesos endocrinológicos en lo que a las alteraciones del ciclo menstrual se refiere habiendo conseguido un total de 356 casos de las entidades que a continuación detallaremos.

SINDROME A. B. D.	14 Casos
SINDROME HIPOTALAMICO	5 Casos
ANOREXIA NERVIOSA	9 Casos
OBESIDAD HIPOFISARIA	3 Casos
HIPERTIROIDISMO	100 Casos
HIPOTIROIDISMO	63 Casos
ENFERMEDAD DE ADDISON	100 Casos
SINDROME DE CUSHING	24 Casos
SINDROME ADRENOGENITAL	38 Casos

T O T A L 356 Casos

De nuestro estudio en cuanto a las alteraciones del ciclo menstrual se refiere en las diferentes endocrinopatías hemos deducido las siguientes conclusiones:

MENARQUIA: En la aparición de ésta hemos tomado como cifra media normal para España la edad de 13 y 14 años.

S Í N D R O M E A B D

Estudiamos 14 enfermas afectas de Síndrome A. B. D. y las alteraciones que en el ciclo menstrual y en la esfera sexual observamos fueron las siguientes:

PRIMERA

La aparición de la menarquia tomando como edad media la de 13 años fué en 7 casos lo que supone un 50%, y edad media de 14 años, 11 casos, que representa un 78,5%.

Encontramos menarquia tardía en 3 casos que representa el 21,42%. Y amenorrea primaria en 2 casos es decir un 14,28%. La aparición del ciclo menstrual en estas pacientes se presentó a los 16 y 18 años.

SEGUNDA

Observamos trastornos en el ciclo menstrual por defecto en 15 casos en la siguiente forma:

AMENORREA de 1 a 3 meses	2 casos, es decir, un 14,2%
AMENORREA de 3 a 6 meses	2 casos, supone un 14,2%
AMENORREA de 6 o más meses	1 caso que da un 7,1%
OLIGOMENORREA	8 casos que representa un 57,14%
HIPOMENORREA	1 caso, o sea, un 7,2%

TERCERA

Las alteraciones que presentaron por exceso nuestras enfermas fueron las siguientes:

POLIMENORREA 1 caso que representa un 7,1%

PROIOMENORREA 4 casos es decir un 28,5%

METRORRAGIAS 1 caso o sea el 7,1%

CUARTA

=====

Alteraciones de la fertilidad según podemos ver en la presente hemos encontrado que de las 7 enfermas casadas todas, es decir, el 100% eran fértiles y en 1 caso el 7,1% se presentaron abortos. Sin embargo, ninguna volvió a quedar embarazada cuando aparecieron los síntomas o se instauró la enfermedad. Es decir, que se presentó una esterilidad en todas ellas lo que representa un 100%.

SINDROME HIPOTALAMICO

=====

Hemos estudiado cinco casos de enfermas afectas de síndrome hipotalámico, observando las alteraciones del ciclo menstrual que a continuación expresamos:

PRIMERA

=====

Menarquia, tomando como media la edad de 13 años presentamos 3 casos, es decir, el 60% y con edad media de 14 años, 4 casos que representa un 80%. Menarquia tardía se presentó en 1 caso, es decir, un 20%.

SEGUNDA

=====

Alteraciones por defecto observamos:

AMENORREA de 1 a 3 meses 1 caso, que representa el 20%

OLIGOMENORREA 3 casos, es decir el 60%

HIPOMENORREA 2 casos, lo que supone un 40%.

ANOREXIA NERVIOSA

=====

Hemos encontrado 9 casos de enfermas afectas de anorexia

nerviosa en las cuales encontramos alteraciones en el ciclo menstrual que a continuación detallamos:

PRIMERA

=====

Menarquia tománd como media de 13 años, 5 casos, que supone un 55,5%. Edad media de 14 años, 8 casos, es decir, un 88,8%.

Menarquia tardía 1 caso, lo que representa un 11,1%.

SEGUNDA

=====

Observamos alteraciones menstruales por defecto en las siguientes proporciones, en 8 casos, es decir, un 88,8%, distribuidos de la siguiente manera:

AMENORREA de 1 a 3 meses 1 casos, que representa el 11,1%

AMENORREA de 3 a 6 meses 3 casos, es decir, un 33,3%.

OLIGOMENORREA 3 casos, o sea, el 33,3%.

HIPOMENORREA 1 caso, que supone 11,1%.

TERCERA

=====

Pudimos ver alteraciones en el ciclo menstrual por exceso en la siguiente forma:

POLIMENORREA 2 casos, resulta un 22,2%

PROIOMENORREA 1 caso, o sea, el 11,1%

Dos de nuestras pacientes presentaron reglas mixtas, es decir, hemos podido observar alteraciones por defecto y por exceso en un mismo paciente en el transcurso de su enfermedad; no presentaron embarazo ninguna de nuestras pacientes.

OBESIDAD HIPOFISARIA

=====

Estudiamos tres casos de pacientes afectas de Obesidad hipofisaria en las que hemos encontrado las siguientes alteraciones -

menstruales que a continuación describimos:

PRIMERA

=====

Observamos 1 caso de menarquia tardía, lo que supone un 33,3% (tomando como media normal, la edad de 13 años).

SEGUNDA

=====

Trastornos por defecto del ciclo menstrual presentaron 3 casos lo que supone un 100% de nuestras enfermas, distribuidos en la siguiente forma:

AMENORREA de 1 a 3 meses 1 caso, es decir, un 33,3%.

OLIGOMENORREA 2 casos, supone un 66,6%

TERCERA

=====

Encontramos alteraciones por exceso en un caso de polimenorrea con hipermenorrea, lo que representa un 33,3%.

CUARTA

=====

En el 33,3% de nuestras pacientes, o sea en un caso, hubo fertilidad hasta antes de la aparición de su cuadro, presentándose la esterilidad concomitante a la aparición de su enfermedad.

H I P E R T I R O I D I S M O

=====

Estudiamos 100 casos de pacientes afectas de hipertiroidismo en las que hemos observado:

PRIMERA

=====

La aparición de la menarquia tomando como edad media la de 13 años se presentó en 73 casos lo que supone un 73% y con edad media de 14 años en 91 casos lo que representa un 91%.

Menarquia tardía se presentó en 6 casos, es decir, 6%. Amenorrea primaria en 3 casos, o sea un 3%.

SEGUNDA

=====

Encontramos trastornos por defecto en 85 casos, lo que supone un 85% distribuidos en las siguientes proporciones:

AMENORREA de 1 a 3 meses	15 casos, es decir un 15%
AMENORREA de 3 a 6 meses	10 casos, representa un 10%
AMENORREA de 6 o más meses	8 casos, supone un 8%.
OLIGOMENORREA	14 casos, o sea, un 14%
HIPOMENORREA	21 casos, es decir, un 21%
OPSOMENORREA	17 casos, supone, un 17%.

TERCERA

=====

Alteraciones por exceso presentaron 40 casos que supone un 40%

POLIMENORREA	21 casos, supone un 21%
HIPERMENORREA	8 casos, es decir, un 8%
METORRAGIAS	11 casos, o sea, un 11%.

CUARTA

=====

De nuestras pacientes 68 casos, lo que representa un 68% , eran casadas, de éstas, 57 fueron fértiles y en 26 observamos la presentación de abortos de repetición.

QUINTA

=====

Observamos la aparición de menopausia precoz en 6 de nuestros casos, lo que supone un 6%.

HIPOTIROIDISMO

=====

Estudiamos 63 casos de enfermas afectas de hipotiroidismo y en las que observamos alteraciones menstruales que a continuación detallaremos:

PRIMERA

=====

Menarquia tomando como edad media 13 años, en 13 casos que

suponen un 34,2% y con una media de 14 años, 24 casos , es decir, un 68,5%.

Pudimos apreciar en 19 casos, es decir en el 30,1% menarquia tardía. En 7 casos, es decir, el 11,1% apreciamos amenorrea primaria.

SEGUNDA

=====

Encontramos alteraciones por defecto en las siguientes proporciones:

AMENORREA de 1 a 3 meses	4 Casos, es decir, un 11,4%
AMENORREA de 3 a 6 meses	3 Casos, o sea, 8,5%
AMENORREA de 6 o más meses	4 Casos, se pone un 11,4%.
OLIGOMENORREA	12 Casos, representa un 34,2%
HIPOMENORREA	3 Casos, es decir, 8,5%
OPSOMENORREA	4 Casos, o sea, 11,4%
REGLAS MIXTAS	3 Casos, un 8,5%.

TERCERA

=====

Alteraciones por exceso encontramos en 13 enfermas, distribuidas en las siguientes proporciones:

HIPERMENORREA	4 Casos, supone un 11,4%
POLIMENORREA	6 Casos, es decir, un 17,1%
PROIMENORREA	2 Casos, o sea, un 5,7%
METRORRAGIAS	1 Caso, representa un 2,8%.
REGLAS MIXTAS	5 Casos, un 14,2%

CUARTA

=====

Encontramos alteraciones de la fertilidad en 47 de nuestras enfermas que habían sido casadas; fueron estériles y no volvieron a tener embarazos todas, lo que representa un 100%.

QUINTA

=====

Apreciamos la presentación de menopausia precoz en 5 enfermas

lo que representa un 14,2%.

ENFERMEDAD DE ADDISON

En el estudio realizado sobre 100 mujeres afectas de Enfermedad de Addison, de los trastornos que en la esfera sexual presentaron especialmente reflejadas en las alteraciones del ciclo menstrual encontramos:

PRIMERA

La aparición de la menarquia fué tardía en 57 enfermas lo que supone un 57%, tomando como media normal la edad de 13 años, y en 93 casos, tomando como media la edad de 14 años, que supone un 93%.

SEGUNDA

Observamos trastornos menstruales amenorrea y ritmos hipo y oligomenorreicos en las siguientes proporciones:

AMENORREA de 1 a 3 meses 11 casos, es decir, un 11%

AMENORREA de 3 a 6 meses 5 casos, o sea, un 5%

AMENORREA de 6 o más meses 11 casos, supone un 11%

HIPOMENORREA 11 casos, representa un 11%

OLIGOMENORREA 9 casos, supone un 9%

OPSOMENORREA 14 casos, es decir, un 14%.

TERCERA

Las alteraciones por exceso que presentaron las pacientes afectadas de esta enfermedad son las siguientes:

POLIMENORREA 8 casos, o sea, un 8%

HIPERMENORREA 1 caso, representa un 1%.

PROIOMENORREA 2 casos, es decir, un 2%.

CUARTA

La fertilidad de la enfermas con insuficiencia suprarrenal

latente o las ya sometidas a tratamiento fué satisfactoria ya que de las 100 mujeres, eran casadas 66, y 48 de ellas, tuvieron embrazos buenos con partos normales y solamente en 2 de ellas, se inició la enfermedad durante el puerperio.

QUINTA

=====

De 22 enfermas que llegaron a la menopausia, 15, lo que - representa un 72,2%, presentaron una menopausia precoz.

SÍNDROME DE CUSHING

Estudiamos 24 casos de enfermas afectas de Síndrome de Cushing en las cuales hemos podido observar alteraciones en el ciclo menstrual y en la esfera sexual en las proporciones que a continuación expresamos:

PRIMERA

La aparición de la menarquia tomando como media la edad de 13 años, se presentó en 20 casos, o sea, el 83,3% y con una media de 14 años, en el 95,8%. Sólo un caso, el 4,1% presentó menarquia tardía.

SEGUNDA

Alteraciones por defecto en el ciclo menstrual se presentaron en las siguientes proporciones:

AMENORREA de 1 a 3 meses	5 Casos , o sea , un 20,8%
AMENORREA de 3 a 6 meses	3 Casos, es decir, un 12,5%
AMENORREA de 6 o más meses	6 Casos, supone un 25%.
OLIGOMENORREA	9 Casos, representa 37,5 %
HIPOMENORREA	5 Casos, o sea, un 20,8%
OPSOMENORREA	2 Casos, es decir, un 8,3%

TERCERA

Se presentaron reglas por exceso en 6 casos , o sea, el 25% de Polimenorrea, e hipermenorrea en 3 casos, es decir, el 12,5%

CUARTA

De las 9 enfermas casadas, es decir, del 37,5%, 6 , o sea el 25%, fueron fértiles, y 3 de ellas, un 12,5%, tuvieron también abortos. Esterilidad presentaron 3 enfermas, el 12,5%.

S I N D R O M E A D R E N O G E N I T A L

Estudiamos 38 casos de enfermas afectas de hirsutismo suprarrenal y en ellas pudimos observar alteraciones del ciclo menstrual en la siguiente forma:

PRIMERA

La menarquia se presentó tomando como edad media 13 años, en 26 casos, es decir, en un 68,4% y con edad media de 14 años, en 31 casos, o sea, el 81,5%.

En 5 casos se presentó menarquia tardía, lo que supone un 13,1%, y de estos, en 2, es decir, en un 5,2%, se presentó amenorrea primaria

SEGUNDA

Encontramos que en 18 enfermas, lo que supone un 37,1%, se presentaron alteraciones por defecto distribuidas de la siguiente manera:

AMENORREA de 1 a 3 meses	2 Casos, o sea, un 5,2%
AMENORREA de 3 a 6 meses	2 Casos, es decir, 5,2%.
AMENORREA de 6 o más meses	4 Casos, supone un 10,5%
OLIGOMENORREA	4 Casos, representa un 10,5%
HIPOMENORREA	6 Casos, o sea, 15,7%

TERCERA

Las alteraciones por exceso fueron menos frecuentes. Encontramos en 14 enfermas, las siguientes alteraciones:

POLIMENORREA	7 Casos, es decir, un 18,4%
HIPERMENORREA	5 Casos, supone el 13,1%
METRORRAGIAS	2 Casos, representa un 5,2%

CUARTA

Observamos 16 enfermas casadas, que representan un 42,1%, de las cuales 10 fueron fértiles hasta la iniciación del proceso,

es decir, un 26,5% y presentaron abortos de repetición , 6 casos, lo que supone un 15,7%.

QUINTA

Hemos apreciado que un 100% de nuestras enfermas, presentó esterilidad concomitante con su enfermedad, ya que de las casadas, ninguna presentó embarazos cuando apareció o se instauró el cuadro clínico.